

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

610

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Juillet 1899, à 1 heure

PAR

M. GEORGESCO-CARPATIANO

Né à Ploesti (Roumanie), le 27 novembre 1865

DES

KYSTES HYDATIQUES

PRIMITIFS

DE LA PLÈVRE

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. REMY, professeur.

THIERY et FAURE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

610

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Juillet 1899, à 1 heure

PAR

M. GEORGESCO-CARPATIANO

Né à Ploesti (Roumanie), le 27 novembre 1865

DES

KYSTES HYDATIQUES

PRIMITIFS

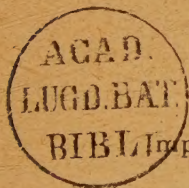
DE LA PLÈVRE

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. REMY, professeur.

THIERY et FAURE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine
15, RUE RACINE, 15

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

	PROFESSEURS :	MM.
Anatomie.....		FARABEUF
Physiologie.....		CH. RICHEL
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....		HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL
Histologie.....		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET
Thérapeutique.....		LANDOUZY
Hygiène.....		PROUST
Médecine légale.....		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie...		N...
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale.....		JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants.....		
Clinique de pathologie mentale et des mala-		JOFFROY
dies de l'encéphale.....		FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.		BERGER
		DUPLAY
Clinique chirurgicale.....		LEDENTU
		TILLAUX
Clinique ophtalmologique.....		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires..		GUYON
		BUDIN
Clinique d'accouchement.....		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAND	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOY
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAÜCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père
et de mon Oncle

A ma Mère

A ma Famille

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. le Professeur Berger

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

INTRODUCTION

Les kystes hydatiques primitifs de la plèvre sont très rares. Ayant été assez heureux de rencontrer un cas nouveau, il nous a paru que sa publication serait intéressante et nous a engagé à en faire le sujet de notre thèse. Ce cas est remarquable parce qu'il diffère de la plupart des observations déjà connues par sa situation dans la plèvre gauche, par ses dimensions colossales, enfin par sa guérison parfaite, constatée encore longtemps après l'intervention chirurgicale.

Nous avons cru devoir insister, dans notre modeste travail, surtout sur le traitement chirurgical de cette affection, la chirurgie pleuro-pulmonaire étant une des branches les plus intéressantes de la chirurgie moderne.

Nous sommes heureux de pouvoir remercier ici même M. le Docteur Picqué, chirurgien des hôpitaux, qui a opéré notre malade, pour la bienveillance qu'il nous a montrée, en nous laissant l'entière disposition de l'observation.

Historique

L'existence des kystes hydatiques primitifs de la plèvre est de connaissance moderne. En effet, malgré les observations de Geoffroy et de Dupuytren qui remontent au commencement de ce siècle, malgré celles plus récentes présentées à la *Société anatomique* par Andral et Lemaitre, Caron, Genouville et Vidal, l'idée généralement admise par les auteurs classiques était que les kystes hydatiques ne pouvaient pas se développer primitivement dans les séreuses. Pour Trousseau, cette localisation est si rare, qu'il hésite à admettre l'origine primitivement pleurale des kystes hydatiques. Davaine disait également : « Les hydatides intra-thoraciques ne se forment point dans la plèvre ; il est vrai que l'on trouve quelquefois dans la cavité pleurale des hydatides renfermées dans des poches adventives, mais ces hydatides sont formées primitivement en dehors de la plèvre et ne s'y sont ouvertes que par le progrès du développement ».

Plusieurs observations parues depuis tendent à

prouver le contraire : celles de Moutard-Martin (1871) et Caron (1873) en France, de Wallmann (1862), Landau et von Lesser (1881) en Allemagne, de Southey (1867) et de Groome (1884) en Angleterre, enfin, celle de Boyd publiée dans l'*Australian medical journal* en 1881.

Neisser, dans son travail qui date de 1877, cite 17 cas d'échinocoques primitifs de la plèvre sur un total de 983 cas de kystes hydatiques, et Carl Maydl (1891), sur 16 cas de kystes de la plèvre, en trouve 3 primitifs.

Mentionnons enfin les observations publiées dans ces dernières années : celles de Porte (1892), de Reboul (1893), de Ribière (1894), celle de Luff, qui date de 1896, qui prouvent d'une manière incontestable la localisation primitive des kystes hydatiques dans la plèvre.



Etiologie

La cause de l'affection est, comme d'ailleurs pour tous les kystes hydatiques, la pénétration dans l'organisme des œufs du *tœnia échinocoque*. Ce *tœnia* vit à l'état adulte dans l'intestin du chien, nous allons donc admettre avec tout le monde l'origine canine de l'affection.

Mais s'il est facile de s'expliquer la fixation de l'embryon hexacauthe dans le foie par les voies veineuses, il n'en est pas de même pour le poumon et la plèvre.

On a fait à ce sujet plusieurs hypothèses : le parasite pénétrerait dans l'intestin avec les aliments ingérés et serait ensuite transporté au poumon par les vaisseaux sanguins ou par les lymphatiques. Mais on peut également se demander si, comme l'admettent les médecins australiens, le germe de l'infection ne pénètre pas dans le poumon et la plèvre par l'air respiré ; on pense alors que les excréments de chien, déposés dans la rue, desséchés et réduits en poussière peuvent être introduits dans le poumon avec l'air inspiré (1). La cohabitation avec les chiens, la malpropreté expliquent l'extrême fréquence des kystes

(1) Bird. Hydatids of the lungs, Melbourne 1877.

hydatiques chez les habitants de certains pays, comme l'Islande, la Silésie, l'Australie. A Breslau, les chiens sont très nombreux et la population pauvre se nourrit même de leur chair.

Le mouton est également un terrain très favorable pour le développement des kystes hydatiques et Finsen (1) signale la fréquence de ces kystes dans le poumon de moutons en Islande; nous avons pu nous convaincre nous-mêmes de ce fait : en examinant un certain nombre de poumons de mouton, nous y avons trouvé deux fois des kystes hydatiques; une seule fois seulement nous avons noté la coexistence d'un kyste hépatique. La chair du mouton peut donc déterminer directement la maladie chez l'homme et c'est là une opinion très accréditée parmi les médecins australiens.

Dans le même ordre d'idées, notre maître M. le docteur Felizet nous a attiré l'attention sur un de ses malades, atteint d'un kyste hydatique pulmonaire, qui s'est terminé par une vomique avant l'intervention chirurgicale.

Cet homme était tripier aux abattoirs; or, dans ce métier, il y en a beaucoup qui pratiquent l'insufflation des moutons de mouton avec leur bouche. Il nous a paru intéressant de signaler ce fait, qui serait un exemple indéniable d'infection directe.

En général les hommes paraissent plus atteints que les femmes.

(1) Finsen. Mgeskrift vor Lager, 1867.

Symptomatologie

Les kystes hydatiques primitifs de la plèvre ne présentent pas toujours l'ensemble symptomatique qui caractérise les épanchements pleuraux ordinaires. En général la plèvre se montre très tolérante à l'égard des kystes hydatiques, ce qui explique l'absence d'un grand nombre de signes, au moins pendant la première période de l'évolution de la maladie.

Le premier symptôme qui attire l'attention, et dont l'existence paraît constante, c'est *la douleur*.

Nous la trouvons en effet dans toutes les observations. Elle peut être fixe, localisée en un point du thorax, ou bien s'irradier dans tout le côté malade ; quelquefois elle est subite, pongitive. Enfin elle présente ceci de caractéristique, qu'elle est très persistante ; on la trouve pendant toute la durée de l'affection (1).

La dyspnée existe souvent, mais elle est généralement peu intense ; en tout cas, elle n'est pas en

(1) Vigla. — Arch. gén. de médecine, 1855, p. 282.

rapport avec le volume et l'étendue du kyste : en effet, Thomas a vu un kyste occuper toute une moitié de la cage thoracique, sans entraîner de phénomènes dyspnéiques bien marqués (1). Dans notre observation nous voyons également que notre malade quoique étant porteur d'un kyste énorme, n'éprouvait la moindre gêne pour respirer et même l'ascension d'un escalier ne lui était pas pénible.

La toux a été presque toujours été notée ; elle peut quelquefois être quinteuse, mais elle reste toujours sèche, sans expectoration, au contraire de ce qui a lieu dans les kystes hydatiques du poumon.

Les hémoptysies ont été constatées dans certains cas, mais, très probablement, il s'agissait là de kystes formés primitivement dans le parenchyme pulmonaire. D'une manière générale on peut affirmer que les kystes développés dans la plèvre ne déterminent d'hémoptysies ni à leur début, ni pendant leur évolution (2).

L'amaigrissement existe presque toujours, mais il est peu marqué.

La fièvre est rare.

Dans d'autres cas au contraire, le kyste de la plèvre peut débiter par tout le cortège de la pleurésie

(1) Thomas. — Med. Times and Gaz. London, 1881, T. I, p. 64.

(2) Hearn. — Thèse de Paris, 1875.

aiguë : frisson, fièvre, point de côté, etc. (Moutard-Martin).

Les palpitations sont fréquentes, mais le plus souvent les battements du cœur sont simplement déplacés.

A l'*auscultation* on constate que les *vibrations vocales* sont affaiblies dans la plupart des cas, comme dans tous les épanchements pleuraux. Nous savons en effet, que chaque fois qu'un corps étranger s'interpose entre le poumon et la paroi thoracique, il modifie, selon qu'il est bon ou mauvais conducteur, la transmission des vibrations vocales et des bruits respiratoires. Il est donc compréhensible que lorsqu'un kyste occupe la cavité pleurale, les vibrations vocales soient affaiblies, diminuées ou même abolies, exactement comme dans les épanchements pleurétiques. Nous ferons remarquer toutefois que dans un grand nombre de kystes hydatiques, ces vibrations sont plus souvent conservées que dans les épanchements pleuraux proprements dits. Dans notre observation nous constatons en effet, de même que dans celle de Reboul, la conservation des bruits thoraciques et des bruits respiratoires dans presque toute l'étendue du poumon du côté malade. Cela peut s'expliquer par la quantité relativement petite de liquide mélangée aux hydatides et par le nombre très considérable des vésicules. Nous croyons donc pouvoir affirmer que lorsque, comme c'était le cas chez notre malade, les vési-

cules sont en très grand nombre et le liquide en quantité relativement petite, la transmission de la résonance se fait par les vésicules, bonnes conductrices ; les vibrations vocales et les bruits respiratoires sont alors plus ou moins conservés.

Percussion. — *La matité* suit les mêmes lois que pour n'importe quel épanchement de liquide dans la plèvre. C'est un des signes les plus constants dans les kystes hydatiques pleuraux ; nous la trouvons en effet dans presque toutes les observations : dans le cas de Genouville, le malade, atteint de kyste de la plèvre, présente de la matité dans la partie postérieure de la poitrine, à droite. Dans le cas de Vidal, il y avait matité absolue à la base et résonance skodique au sommet du poumon. Moutard-Martin signale une matité complète dans tout le côté droit de la poitrine qui est dilatée par un kyste pleural. Dans l'observation très intéressante de Reboul, on trouve qu'il y avait submatité dans toute l'étendue de la poitrine droite et matité absolue au niveau des deux tumeurs thoraciques. Enfin, chez notre malade, nous voyons qu'il y avait une zone de matité seulement dans la région qui entourait la tumeur extra-thoracique. *La matité* peut donc occuper les parties déclives, ou bien être circonscrite dans une région plus ou moins étendue du thorax.

En résumé, les signes fournis par la présence d'un kyste dans la cavité de la plèvre sont les mêmes

que lorsqu'on a à faire à un épanchement pleural, avec cette différence que dans les cas de kystes hydatiques les limites de la matité sont très variables et peuvent offrir toute sorte de directions, ce qui peut être un élément de diagnostic d'une certaine valeur (1).

La fluctuation a été observée par un grand nombre d'auteurs ; notamment Vigla dit qu'il a eu très manifestement la sensation de fluctuation, d'ondulation. Bird assure également qu'il a éprouvé dans plusieurs cas la même sensation ; il s'agissait très probablement là de kystes pleuraux.

Par contre, le *frémissement hydatique* fait défaut ou bien il est très difficile à constater.

Disons pour finir que *l'état général* est bon dans la grande majorité des cas, ce qui peut être un signe de diagnostic différentiel d'une certaine importance.

(1) Hearn. Thèse de Paris 1875.



Diagnostic

Le diagnostic des kystes hydatiques primitifs de la plèvre est très difficile ; nous voyons en effet que dans la plupart des observations il n'a même pas été fait, et ce, n'est qu'au moment de l'intervention chirurgicale qu'on voyait qu'il s'agissait d'un kyste intra-pleural.

Dans les cas où il a été soupçonné, il faudra faire le diagnostic avec tous les épanchements pleuraux et avec les kystes venant d'un autre organe, par rupture dans la plèvre ; dans ce cas le début est brusque, tandis qu'un kyste pleural primitif débute insidieusement ; on ne peut pas dire à quel moment l'affection a pu commencer.

Lorsque le kyste de la plèvre présente un diverticule extra-thoracique, comme cela se voit quelquefois, le diagnostic est encore assez difficile, ce diverticule pouvant être pris pour toute autre tumeur ; il faudra faire le diagnostic avec une tumeur maligne et rechercher les ganglions, avec un lipome, avec un

abcès froid ; l'état général du malade sera alors pris en considération.

La ponction n'aidera pas toujours le diagnostic : très souvent, en effet, il ne sort pas de liquide, ou bien, s'il en sort, il ne contient pas de crochets. Le début plus ou moins brusque de la tumeur fera plutôt penser à un kyste intra-pleural avec diverticule extra-thoracique ; nous voyons en effet celui-ci faire hernie *brusquement* en dehors de la poitrine : le malade s'aperçoit qu'il a une tumeur en un point quelconque de son thorax ; cette tumeur a, dès le premier jour, à peu de chose près, les mêmes dimensions qu'elle doit avoir plus tard.

Le diagnostic du siège sera encore assez embarrassant ; en effet, même si l'existence d'un kyste hydatique a été soupçonnée, il est très difficile de reconnaître s'il a son siège dans la plèvre ou dans le poumon. Davaine insiste sur cette difficulté : « Il est impossible de reconnaître sur l'homme vivant, dit-il, si le siège d'une hydatide est dans la cavité pleurale même ou dans les tissus voisins, car le plus souvent, entre la paroi de la poitrine et le kyste il ne reste du tissu pulmonaire atrophié qu'une lame extrêmement amincie, tout-à-fait imperméable à l'air. » (1)

Enfin, il faut rechercher la coexistence de kystes hydatiques dans une autre partie du corps.

(1) Davaine. — Traité des Entozoaires, 1877, p. 428.

Pronostic

Abandonnés à eux-mêmes, les kystes hydatiques primitifs de la plèvre sont à peu près fatalement mortels.

En effet, d'après la statistique de Neisser (1), une des plus complète en cette matière, sur 31 cas dans lesquels il n'y a pas eu d'intervention chirurgicale, les 31 malades ont succombé ; dans 11 de ces cas il s'agissait de *kystes hydatiques primitifs de la plèvre* ; les autres cas étaient dus à l'envahissement de la plèvre par des kystes hydatiques venant du poumon ou du foie.

Le pronostic de l'affection après l'intervention chirurgicale est au contraire favorable ; convenablement traités, les kystes hydatiques primitifs de la plèvre doivent guérir.

(1) Neisser. — Loc. cit.

Traitement

Le traitement des kystes hydatiques de la plèvre est entièrement chirurgical. Nous ne dirons en effet que quelques mots des divers traitements médicaux employés dans le but de tuer les hydatides. On a employé le mercure à cause de ses propriétés antiseptiques et parasitiques, le chlorure de sodium conseillé par Laennec, l'iode de potassium préconisé surtout par les médecins anglais, mais tous ces agents thérapeutiques se sont montrés inefficaces.

La ponction simple ou bien suivie d'une injection de liquides médicamenteux dans la cavité kystique doit au contraire nous retenir un instant, cette méthode étant la pratique la plus habituelle dans les contrées où l'on observe très souvent les échinocoques.

Hjaltelin affirme en effet que par cette méthode, en Islande, plus de 100 opérations ont été suivies de succès. Mais toutes les statistiques sont loin d'être aussi favorables : Maydl a réuni seize observations dans lesquelles la ponction simple a été pratiquée ; elles se sont terminées onze fois par la mort et cinq

fois seulement par la guérison ; or, sur ces onze cas mortels, il y avait trois cas d'échinocoques primitifs de la plèvre et deux kystes du poumon ouverts dans la plèvre, trois échinocoques du foie ouverts dans la plèvre, deux échinocoques du poumon, enfin un kyste dont le siège n'est pas précisé. Sur les cinq cas suivis de guérison, le siège du kyste n'a pu être précisé qu'une fois ; il s'agissait d'un échinoque du poumon.

Si on analyse les causes de la mort, on constate que cinq opérés sont morts à la suite d'une pleurésie purulente ou d'un pyopneumothorax. Dans plusieurs de ces cas, l'existence du pus était antérieure à la ponction ; mais il est arrivé aussi que la suppuration a été provoquée par la ponction, probablement par suite de l'absence ou de l'insuffisance des précautions antiseptiques. Ce n'est plus alors la méthode qu'il faut accuser de la terminaison funeste, mais le chirurgien.

Par contre dans les six autres cas qui ont eu une issue malheureuse, c'est bien la ponction qui a été la cause directe de la mort. Les malades ont succombé quelques minutes ou, au plus tard, vingt-quatre heures après l'opération, et cette mort rapide a été observée même après une simple ponction exploratrice.

Dans la grande majorité des cas, cette issue fatale est provoquée par la rupture du kyste et l'irrup-

tion des hydatides dans les bronches, les malades meurent étouffés.

On a incriminé aussi la perforation du poumon dans les kystes hydatiques de la plèvre ; cette blessure est moins à craindre, le kyste se trouvant toujours interposé entre la paroi et le parenchyme pulmonaire.

La ponction exploratrice elle-même est pleine de dangers et, parmi les accidents qu'elle peut occasionner, un surtout, la suffocation, peut enlever le malade très rapidement. Abstraction faite des dangers, la ponction exploratrice a, du reste, un inconvénient sérieux : une fois que le kyste est vidé de son contenu, et que ses parois sont affaissées, il devient difficile de retrouver la poche si on entreprend une opération (1).

Pour toutes ces raisons, et malgré le cas de Vigla, dans lequel une ponction suivie d'une injection médicamenteuse a donné un bon résultat, nous croyons que cette pratique doit être rejetée à cause des dangers qu'elle présente.

Il nous reste la *Méthode de l'incision*, qui doit être la méthode de choix pour le traitement des kystes hydatiques de la plèvre. On a pratiqué soit l'incision simple, soit l'incision accompagnée d'une résection costale. Celle-ci, comme nous le voyons d'ailleurs

(1) Heydenreich : Du traitement des kystes hydatiques de la plèvre et des organes qui l'avoisinent. — Semaine médicale, 1891,

dans nos observations, ne complique en rien le traumatisme ; elle permet au contraire de bien se rendre compte de la situation du kyste, elle a en outre l'avantage de permettre au chirurgien, au moment de l'opération, de bien vider le kyste de son contenu, et ultérieurement, de faciliter le drainage et les grands lavages de la cavité kystique. Elle n'entrave en rien la guérison et n'empêche pas l'accolement des parois de la poche.

La résection costale primitive nous paraît donc indispensable dans le traitement des kystes hydatiques de la plèvre.

Même dans les cas d'empyème pour pleurésie purulente, cette pratique donne de très bons résultats ; elle est très en honneur à l'étranger.

Voici en effet ce que nous lisons dans un compte-rendu de la statistique médicale de l'armée allemande pour l'année 1889-90, publié par M. le Professeur agrégé Antony dans le n° du mois d'octobre 1894 des « Archives de médecine et de pharmacie militaires », p. 345 ; « L'empyème a été pratiquée dans 109 cas ; l'opération a été suivie de décès dans dix pour cent des cas, mais cette proportion est descendue à sept toutes les fois qu'on a pratiqué la résection costale » (1).

(1) Boisson : Archives de Médecine et de pharmacie militaire. Janvier 1895.

Romberg (1) publie également une statistique très favorable à la résection costale primitive : il dit que c'est, à l'heure actuelle, le meilleur traitement de la pleurésie purulente ; sur 49 cas, il a obtenu 46 guérisons.

D'autre part, Strickler a publié cinq cas de pleurotomie avec résection des côtes, tous suivis de guérison.

Blazejewski rapporte également huit opérations de pleurotomie accompagnée de résection costale, avec résultats très favorables.

Kœnig, tout en employant les procédés ordinaires de drainage de la cavité pleurale, procède systématiquement à la résection costale primitive dans toutes ses opérations d'empyème, aussi bien chez les adultes que chez les enfants, et il a toujours obtenu de très bons résultats.

Enfin dans la statistique de Maydl nous trouvons que la résection costale a été pratiquée quatre fois pour des kystes hydatiques de la plèvre et la terminaison a été la guérison.

En France on ne s'occupe que depuis peu de temps de cette manière d'opérer. Dans la discussion qui eut lieu en 1884 à la Société de chirurgie au sujet de l'opération d'Estlander, notre Maître M. J. Lucas-Championnière s'exprime en ces termes sur la résec-

Romberg : Berliner klinische Wochenschrift. Juin 1890.

tion costale primitive : « Qu'il me soit permis d'appeler l'attention sur une intervention qui n'est pas l'opération d'Estlander, mais qui me paraît appelée à jouer un rôle dans la cure des pleurésies purulentes et à empêcher la formation de la fistule.

« Récemment j'ai, en pratiquant l'empyème chez un malade d'un de mes confrères, réséqué un fragment de côte de 6 centimètres. La résection d'une ou deux côtes est très facile, n'ajoute rien au traumatisme et paraît devoir jouer un rôle important dans la guérison. »

Deux ans plus tard, en 1886, M. Bouilly réséqua les 3^e et 4^e côtes dans une étendue de 6 à 8 centimètres, pour une collection purulente d'origine hydatique (1).

M. Peyrot dans son article du *Traité de chirurgie* se prononce très catégoriquement pour la supériorité de la pratique consistant à réséquer un fragment de côte dans la pleurotomie.

Au congrès de chirurgie de 1888, Thiriar disait : « il vaut mieux réséquer deux côtes de trop qu'une de moins. » Mais tout le monde n'était pas du même avis et le professeur Ollier attirait l'attention du même congrès sur les déviations du rachis consécutives à cette manœuvre ; le professeur Berger, citait également deux cas de mort qui lui paraissaient dus

(1) Bouilly. — Société de Chirurgie, juillet 1886.

à des troubles respiratoires, suites de costotomies trop étendues. Ehrmann de Mulhouse, de Corenville ont cité des cas analogues, toutefois, depuis lors, les larges résections costales qui ont été faites ne paraissent pas avoir déterminé des accidents de ce genre (1). Dans la discussion sur la chirurgie du poumon qui eût lieu au 9^e congrès de chirurgie, nous voyons en effet. MM. Michaux, Bazy, Tuffier et Walther rapporter des cas dans lesquels des résections costales étendues ont été pratiquées avec succès. M. Delagenière (du Mans). pense que pour drainer et désinfecter la plèvre, il faut réséquer les 6^e, 7^e, 8^e et 9^e côtes.

M. Jonnesco communique également au même congrès l'observation d'un jeune homme de 17 ans, porteur d'un kyste hydatique du poumon ouvert dans la plèvre, chez lequel il pratiqua la résection partielle de la 6^e et de la 7^e côtes, avec un résultat excellent (2).

Dans l'observation de Reboul, nous trouvons de même qu'il a été obligé de réséquer cinq à six centimètres des 5^e et 6^e côtes.

Enfin, dans notre observation, nous voyons que M. Picqué a réséqué en partie la 6^e et la 7^e côte et la guérison a été parfaite.

Nous croyons donc pouvoir conclure que dans le traitement des kystes hydatiques de la plèvre, la

(1) Terrier. — Leçons sur la chirurgie du poumon, 1896.

(2) Jonnesco. — 9^e Congrès de chirurgie de Paris, 1895.

résection costale primitive est indiquée, non seulement lorsque les côtes sont usées, érodées, comme c'était le cas chez notre malade, mais dans les cas même où les côtes sont absolument saines ; cette pratique donne l'avantage en effet de faciliter l'exploration de la cavité pleurale et permet qu'elle se vide de son contenu ; elle donne en outre la possibilité de faire, dans la cavité kystique des grands lavages absolument nécessaires pour la débarrasser des débris membraneux qui pourraient y séjourner.

Quant à la fistule, elle ne persiste pas longtemps, et chez notre malade, nous avons en ce moment une cicatrice fibreuse et résistante.

Nous arrivons maintenant aux *grands lavages post-opératoires* de la cavité pleurale. Cette question est encore très discutée.

On a prétendu que les lavages empêchaient jusqu'à un certain point le travail de cicatrisation de la cavité et on a conclu qu'il faut laver le moins possible et même s'abstenir de faire des lavages lorsque la cavité se vide bien et que le pus n'y stagne pas.

On a encore dit que les lavages étaient dangereux et on leur a imputé des accidents graves. On comprend facilement que si les lavages peuvent présenter une certaine gravité, ce n'est que dans les cas où il existe une fistule pleuro-bronchique, comme cela se voit dans les kystes hydatiques pleuraux provenant de la rupture de kystes pulmonaires. C'est

ainsi que dans une observation de Fabricant, le lavage avec une solution d'acide borique et de thymol provoqua une inflammation de l'arbre laryngo-bronchique et eut la mort pour conséquence (1)

Mais si ces accidents peuvent se produire dans les cas de kystes de la plèvre communiquant avec le poumon, ils ne sont pas à craindre dans les kystes primitifs, sans aucune connexion avec l'appareil broncho-pulmonaire. Les lavages sont donc très utiles dans ces cas : ils permettent de bien vider la cavité kystique et de la débarrasser des paquets membraneux qu'elle peut contenir ; nous voyons en effet dans toutes les observations modernes que les lavages ont été pratiqués avec le plus grand succès.

Les liquides les plus divers ont été injectés dans la cavité pleurale : Dès 1888, J. Renault (2) avait proposé d'injecter dans la plèvre la liqueur de Van-Swieten en petites doses. Moizard (3) se servait d'une solution d'iode iodurée. Juhel Renoy (4) employait le chlorure de zinc. Fernet (5) se servait du chloral, Bouchard, du naphthol, Laveran, du crésyl.

Les liquides aujourd'hui les plus généralement employés sont : une solution boriquée à 4 ‰, ou bien

(1) P. Reclus. Relation sur la chirurgie du poumon. 9^e Congrès de Chirurgie de Paris, octobre 1895.

(2) J. Renault. Gazette médicale, 9 juin 1888.

(3) Moizard. Ibidem.

(4) Juhel Renoy. Bulletin médical, 1888.

(5) Fernet. Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux, juillet 1889.

une solution de chlorure de zinc à 1 pour 100, injectées tièdes. On a encore employé avec succès des solutions d'acide salicylique variant de 1 à 3,50 pour 1000 (1). On peut enfin employer simplement l'eau bouillie, tout en faisant de temps à autre une injection au sublimé à 1/2000 (2).

Le drainage est chose très importante ; il faut se servir d'un ou deux drains assez gros, attachés ensemble en canons de fusil ; ils doivent être placés au point le plus déclive. Il ne faut pas oublier de fixer les drains, afin d'éviter leur chute dans la cavité pleurale.

En résumé :

La ponction, même suivie d'une injection de liquides médicamenteux, doit être réjetée comme dangereuse et insuffisante.

La méthode de choix pour le traitement des kystes hydatiques de la plèvre doit être l'ouverture large de la poche kystique, accompagnée de résection costale.

Le drainage et les lavages doivent compléter le traitement.

Nous ne dirons qu'un mot, avant de finir, sur le pansement externe : on peut se contenter d'un pansement simplement aseptique, à l'aide de compresses stérilisées, tel qu'il a été pratiqué pour notre malade

(1) Kühn. Bull. gén. de thérapeutique, 1891.

(2) Jonnesco. Loc. cit.

dans le service de M. Picqué. On peut également employer des lanières de gaz iodoformée qui doivent entourer les tubes à drainage et faire un pansement légèrement compressif.



OBSERVATIONS

Observation I

Geoffroy et Dupuytren. — Kystes hydatiques des deux plèvres. — *Bulletin de l'Ecole de Médecine*, 1805, p. 117.

Jeune homme, à 18 ans pneumonie, à 24 ans, rhume opiniâtre, douleurs fréquentes dans le côté gauche.

En 1800, ictère qui dure trois mois, fragments de tœnia par les selles; quelque temps après, toux sèche et violente; tumeur dans l'hypochondre droit; en 1803, amaigrissement, la tumeur est énorme, lisse, dure, un peu mobile; battements du cœur dans la région épigastrique, étouffements continuels; les autres fonctions assez régulières.

En 1804, suffocations fréquentes et mort dans un accès.

A l'autopsie, on trouve un kyste dans le lobe gauche du foie, kyste contenant un liquide louche et beaucoup d'hydatides. On trouve également un kyste volumineux dans chaque plevre, étendus l'un et l'autre depuis le sommet de la poitrine jusqu'au diaphragme, adhérents aux côtes et à

Georgesco

la totalité du médiastin, constitués par une membrane mince, fibreuse, blanche, contenant l'un et l'autre une hydatide solitaire énorme qui remplissait leur cavité. Chacune de ces hydatides contenait un liquide limpide, évalué à 5 onces 1/2 pour chacun. Le cœur était repoussé vers l'épigastre, les poumons comprimés, aplatis et refoulés vers la partie antérieure de la poitrine.

Observation 2

Caron. — Hydatide de la plèvre droite. — *Bull. Soc. Anatomique*, 1852, XXVII, 455, 457.

Malade entré le 18 octobre à l'hôpital Sainte-Marguerite pour une affection qui remontait à 1848, et sur laquelle il ne donnait que des renseignements assez vagues. Il avait eu dans l'origine quelques vomissements de sang, de la gêne dans la respiration, de la toux sans expectoration. Néanmoins jusqu'en 1850, ses forces s'étaient bien conservées : mais à dater de cette époque l'affaiblissement est devenu sensible, l'oppression plus considérable, et au mois de septembre dernier ce malade a été obligé de renoncer à son travail. Pendant tout ce temps-là il n'a pas eu, à proprement parler, de maladie aiguë. Au moment de son entrée, nous avons constaté une gêne de la respiration très marquée; l'absence du murmure vésiculaire dans la partie droite et inférieure de la cavité thoracique : de la matité au même point; une respiration bronchique, mais sans égo-

phonie au niveau de la fosse sus-épineuse. Le diagnostic a été un épanchement pleurétique.

L'oppression augmentant chaque jour, et la matité étant déjà remontée jusqu'à la troisième côte, on se décida à la thoracentèse, et il ne sortit que quelques grammes d'un liquide transparent. A la suite de cette opération les difficultés de la respiration devinrent plus considérables encore; l'asphyxie parut imminente. Quelques jours avant la mort, il se passa plusieurs phénomènes dont il faut tenir compte.

Le 28, il se montre un œdème peu considérable, d'abord limité au côté droit, et s'étendant à la face et au membre. Le 29, une coloration violacée apparaît à la face et à la moitié droite du tronc; les veines jugulaires sont gonflées; un bruit de souffle très rude se fait entendre au premier temps du cœur. Le 30, exagération du même symptôme; la cyanose gagne l'épaule gauche, puis tout le reste du tronc, le bruit de souffle persiste, la mort survient le même jour.

En ouvrant la cavité thoracique, nous trouvons dans la plèvre droite, vers la partie supérieure, un litre environ d'un liquide séreux trouble. Après avoir vidé ce liquide, nous trouvons une vaste poche, grosse comme la tête d'un enfant, masquant tout le lobe inférieur du poumon, refoulant le poumon à gauche, le diaphragme et le foie en bas, et contenant dans son intérieur du liquide un peu sanguinolent (ce qui provient sans doute de la thoracentèse pratiquée pendant la vie); et, en outre, une seconde poche à paroi blanche un peu veloutée et tomateuse à sa surface interne, présentant même en quelques points de véritables végétations, et remplie par deux litres d'un liquide sanguinolent

aussi. Le lobe inférieur du poumon droit, atrophié par la compression, a presque disparu; en bas, comme nous l'avons dit, le diaphragme et la face supérieure du foie devenu adhérent, ont été fortement refoulés; la tumeur s'est pour ainsi dire creusé un nid dans l'épaule du foie, de telle sorte que le foie, séparé, présente à la face supérieure de son lobe droit une vaste excavation capable de loger la tête d'un enfant, ce qui réduit en certains points son épaisseur à quelques millimètres; à la face inférieure du foie on rencontre deux ou trois nouvelles poches hydatiques distinctes séparées par des espèces de cloisons parenchymateuses et variant du volume d'une noix à celui d'un petit pois. Les plus petites sont colorées en brun par la bile. Tous les organes sont sains; rien dans le cœur ne peut rendre raison du bruit de souffle entendu.

Observation 3

Genouville. — Volumineux kyste hydatique de la plèvre droite. — *Bulletin Soc. Anatomique*, 1857, page 56.

Conf. ... Jean, âgé de 72 ans, journalier, entre le 21 février 1857 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Louis, 31, pour y être traité d'une affection de cœur caractérisée par un bruit de souffle ayant son maximum d'intensité à la base au premier temps, et par une matité assez étendue à la région précordiale.

Cet homme avait les jambes enflées et se plaignait de gêne dans la respiration. L'attention se porta principalement sur l'affection du cœur et ce ne fut que le 10 mars, c'est-à-dire sept jours avant sa mort, qu'il accusa dans le côté droit de la poitrine une douleur assez vive.

On put constater alors par la percussion une matité occupant toute la partie postérieure du côté droit du thorax et par l'auscultation du souffle bronchique dans les fosses sus et sous-épineuse, absence de respiration dans le reste de ce côté.

La dyspnée devient de plus en plus grande on trouvait en effet dans le poumon gauche de nombreux râles sous-crépitaunts. Le malade mourut le 17 mars à 8 heures du matin. Autopsie 24 heures après sa mort.

En ouvrant la poitrine par deux sections faites au niveau des articulations chondro-costales, on s'aperçoit que le côté droit du thorax est divisé verticalement en deux parties : l'une, la plus interne, est constituée par le poumon, l'autre externe, par une poche volumineuse qui lui est accolée dans tout son bord libre et dont il est impossible de la séparer. Cette poche adhère aux parois thoraciques, mais d'une manière lâche et qui lui permet de l'en séparer assez facilement avec la main.

Ce n'est qu'après avoir enlevé tout le contenu du thorax que l'on peut bien se rendre compte de la forme, de l'étendue de la position de cette poche. Le poumon droit et la poche conservent tout à fait la forme de la cavité thoracique, refoulé vers le médiastin, mais d'une manière égale et régulière.

Le poumon occupe le 1/3 interne de la cavité thoraci-

que droite, sans empiéter sur le médiastin et sans refouler le cœur ; son bord libre a été en quelque sorte aplati et il reste au côté interne de la poche une tranche de poumon qui a 6 à 7 centimètres dans sa plus grande épaisseur.

La poche occupe les $\frac{2}{3}$ externes de la cavité thoracique droite, elle est de couleur blanc jaunâtre, dans quelques points de sa surface on voit l'empreinte des côtes, elle est assez lisse, résistante et donne au palper une sensation de fluctuation qui fait présumer qu'elle renferme du liquide.

En effet, en l'ouvrant, il s'écoule environ 2 litres $\frac{1}{2}$ d'un liquide jaunâtre, couleur mastic, gras et onctueux au toucher ; peu épais d'abord, il le devient de plus en plus dans les couches les plus inférieures, où il acquiert la consistance crémeuse.

L'intérieur de la poche est tapissé par une très grande quantité de plaques crétacées qui n'ont cependant pas partout la même épaisseur et la même consistance ; c'est surtout au niveau des angles que forme la poche en adhérant au poumon qu'on les rencontre, et aussi au niveau du diaphragme. Les parois de la poche elle-même ont sensiblement la même épaisseur, excepté aux endroits qui adhèrent au poumon, où elle est alors moins épaisse.

Le poumon est adhérent à la poche, mais par une dissection attentive on peut très bien l'en isoler. Ces parties détachées sont recouvertes d'une membrane qui semble être la plèvre pulmonaire.

Quant à l'état du poumon, très affaissé, il est crépitant se laisse facilement insuffler, et l'air reste très bien dans les parties qui ont été détachées de la poche.

Quant aux rapports de la plèvre pariétale avec cette

poche, ils sont très difficiles à déterminer ; en effet, cette plèvre accusée au niveau de la réunion du kyste et du poumon, devient tellement adhérente, qu'il est impossible de savoir ce qu'elle devient,

Observation 4

Vidal. Kyste hydatique de la cavité pleurale. *Bull. soc. anatomique*, 1857, p. 58.

J'ai vu avec notre collègue, M. Charnal, un fait dans lequel le kyste hydatique, à peine fixé par quelques adhérences aux deux feuillets de la plèvre entre lesquels il était logé, a été pour ainsi dire pris sur le fait de son mode d'évolution.

Cette hydatide avait le volume du poing ; elle était unique, ne renfermant pas d'acéphalocystes libres et était remplie par un liquide hyalin. La face interne de la poche était semée de nombreuses granulations de diverses grosseurs. Elle était placée en dehors et en arrière de la base du poumon gauche dans la cavité pleurale, où elle était entourée par des fausses membranes jaunâtres, molles, de formation récente et baignée par quelques cuillerées de sérosité trouble, dans laquelle nageaient des flocons albumineux. Aucun kyste fibreux adventif n'entourait l'hydatide ; le poumon était à peine refoulé, et sauf un peu de congestion, paraissait sain. On trouvait en outre toutes les altérations propres au choléra. En effet, le malade entre le 3 novembre 1853 à

la maison municipale de santé, service de M. Vigla, pour se faire traiter d'une pleurésie gauche, succombait le 16 novembre dans la période algide d'un choléra asiatique dont les premiers symptômes paraissaient trois jours avant la mort et dix jours après son entrée dans des salles dans lesquelles l'épidémie venait de faire son apparition. Ce malade souffrait depuis 10 mois. époque à laquelle il eut une fluxion de poitrine ; depuis lors, il ne s'était jamais complètement rétabli, et était devenu sujet à tousser et à avoir de l'oppression. Au moment de son entrée, on diagnostiquait une pleurésie gauche, probablement chronique, caractérisée par de l'égophonie, du souffle pleurétique sous l'aisselle, avec matité absolue à la base et résonnance scodique au sommet du poumon. La respiration était rude et s'accompagnait d'expiration prolongée au sommet du poumon gauche. Un séton fut passé à travers les téguments de la poitrine au niveau du sixième espace intercostal. Le 10, la respiration était plus libre, l'égophonie avait disparu, on entendait le bruit de frottement pleurétique et la matité, presque absolue en arrière, était beaucoup moins prononcée sous l'aisselle. Le 13, le malade semblait en convalescence franche, lorsqu'à minuit, il fut pris brusquement de symptômes cholériformes.

Observation 5

Wallmann d'après Meissner. Beitrage zur Lehre von dem Vorkommen des Echinococcus und Cysticercus cellulosae beim Menschen. *Schmidts Jahrbücher*, 1862, t. IV, p. 181 (Observation I).

Un homme de 39 ans, reçu dans une maison de santé

comme vésanique présenta dans les derniers temps de sa vie, du côté droit du thorax, une tumeur diagnostiquée lipome. A l'autopsie on constata qu'il s'agissait d'une masse toute étendue de la 2^e à la 5^e côté, depuis l'angle jusqu'à la ligne axillaire. Elle était en grande partie recouverte par les muscles grand et petit pectoral, et se présenta, après réclinaison de ces muscles, comme composée d'un kyste principal et de plusieurs kystes accessoires. Après incision de la capsule, on tomba dans une cavité qui contenait une membrane résistante, blanchâtre, laiteuse, contenant une masse de débris et des vésicules claires, du volume d'une cerise à celle d'une pomme. La masse était composée de cellules purulentes, des corpuscules pigmentaires, de cristaux de cholestérine ; les vésicules avaient, les unes, un contenu transparent, les autres un contenu trouble et étaient en partie attachées à la paroi interne du kyste soit par des pédicules en partie fibreux, en partie calcaires, soit par des couronnes de crochets. Après dissection de la poche, on trouve les 2^e, 3^e et 6^e côtes cariées et atrophiées au niveau de leur angle, les 3^e et 4^e très largement écartées l'une de l'autre et le muscle intercostal correspondant manquant sur une longueur de deux pouces, si bien qu'il se trouvait là un orifice par lequel la poche extrathoracique communiquait avec une poche intrathoracique à peu près aussi volumineuse, mais beaucoup plus aplatie. Cette dernière avait une capsule épaisse, solide, cartilagineuse, adhérente en dehors de la plèvre costale, en dedans solidement au poumon refoulé.

Elle contenait des acéphalocystes analoges à ceux de la tumeur externe. Les deux feuillets pleuraux étaient épaissis, les poumons œdématisés, les bronches enflammées.

Observation 6

Wallmann d'après Meissner. — Beitrage zur Loehre von dem Vorkommen des Echinococcus und Cysticercus cellulosæ beim Menschen. — *Schmidts Jahrbücher*, 1862, t. IV, p. 181 (Observation II).

Une jeune femme de 34 ans avait déjà souffert dans l'été de 1857 de pleurésie avec toux ; depuis elle avait considérablement maigri et était devenu dyspnéique ; en octobre 1859 elle se plaignait de nouveau de fièvre, de points de côté et de toux très pénible. — L'examen, le 9^e jour de la maladie, montre de la manière la plus nette la distension de la moitié droite du thorax ; la respiration était haletante, avec écartement des espaces intercostaux, et immobilisation manifeste de la moitié droite du thorax. — A droite, percussion normale ; à gauche, son tympanique depuis la clavicule jusqu'à la 3^e côte ; de là à la 4^e côte, submatité, et de celle-ci jusqu'à l'épine antéro-supérieure, matité. Respiration vésiculaire. Au bout de quatre mois, amélioration, puis quelques jours après, frisson et douleurs dans les 7^e et 8^e espaces intercostaux, au niveau de la ligne axillaire ; bientôt se montre en cet endroit de la fluctuation avec rougeur de la peau ; la mort survient trois mois après ces accidents.

A l'autopsie, on trouve dans la plèvre droite, refoulant les lobes moyen et inférieur, et s'étendant de la deuxième à la huitième côte, une poche contenant un liquide purulent,

dans lequel on trouva des débris de crochets. Le cœur était refoulé à gauche et le foie abaissé.

Observation 7

Gallard. — Kystes hydatiques de la plèvre droite, dégénérescence particulière des ganglions péri-hepatiques. — *Union médicale*, 1863, p. 373.

Bapt. J., 46 ans, commissionnaire, fut reçu il y a quinze ans à l'hôpital Sainte-Marguerite, dans le service de Valleix : il éprouvait, dit-il, une douleur dans le côté droit de la poitrine et fut traité pour une pleurésie ; il resta environ deux mois à l'hôpital, et se trouva suffisamment bien rétabli pour demander sa sortie. — Il reprit son travail pendant environ trois ou quatre mois : mais voyant ses forces diminuer chaque jour, il entra à la Charité dans le service de M. Andral. — On diagnostiqua une pleurésie et on proposa une thoracentèse qu'il refusa obstinément : on pratiqua alors quelques émissions sanguines. — Le malade sortit de la Charité, et reprit encore une fois son travail. — Après un temps plus ou moins long, dont il ne peut préciser la durée, il entra à l'hôpital Saint-Sauveur ; il a oublié dans quel service, celui de M. Bellier à ce qu'il croit. — Enfin, ayant encore demandé sa sortie, il fut admis à l'asile des incurables en 1854 le 2 septembre, et au mois de juillet 1862 il entra à l'hôpital où il présente l'état suivant qui ne su-

bit que d'insignifiantes variations jusqu'au premier janvier 1863.

Etat cachectique prononcé : coloration jaunâtre des téguments, rappelant tout-à-fait celle que détermine la cachexie cancéreuse, décoloration marquée des muqueuses. — Grande faiblesse. le malade ne quitte pas le lit. — Peu d'appétit ; langue humide et non saburrale. Peau bonne. Pas de fièvre. Toux fréquente, revenant par quintes, et suivie d'une expectoration muco purulente. Légère dyspnée. Pas de diarrhée. Jamais d'hémoptysies.

La poitrine présente une légère dilatation du côté droit, les espaces intercostaux sont marqués comme à gauche, mais l'ensemble de la poitrine est plus globuleux.

A la percussion on constate une matité absolue dans toute la hauteur de la poitrine en arrière à droite, même dans la fosse sus-épineuse. En avant, matité absolue remontant jusqu'à deux ou trois travers de doigt au dessus de la clavicle ; dans cet espace, sonorité exagérée (bruit de Skoda). La matité se continue sur les côtés avec celle de la région postérieure et en bas avec celle due à la présence du foie qui déborde les fausses côtes de 4 ou 5 travers de doigt et ne présente aucune saillie à la surface. De ce côté de la poitrine, les vibrations thoraciques sont complètement abolies.

Du côté gauche, sonorité et vibrations thoraciques normales et même un peu augmentées. Le cœur occupe sa place normale.

A l'auscultation, à droite : dans les points mats, le murmure respiratoire ne s'entend pas, si ce n'est dans la fosse sous-épineuse où l'on perçoit un très léger souffle, nullement

semblable à celui de la pleurésie. Dans les points sonores, c'est-à-dire dans la fosse sous-claviculaire, respiration soufflante avec quelques craquements.

La voix est retentissante dans les points où il y a du souffle, mais dans le reste de la poitrine, on n'entend plus ce retentissement, qui du reste n'est nullement œgophonique.

On ne constate à gauche que l'exagération du murmure respiratoire. Les battements du cœur sont réguliers, ses bruits normaux ; mais ils se perçoivent assez loin du côté droit. L'oreille placée vers le bord postérieur de l'aisselle les entend très distinctement.

Le malade s'affaiblit de plus en plus, la respiration devient de plus en plus embarrassée et le 16 janvier on constate l'état suivant : pas de changement dans le côté droit de la poitrine, mais battements cardiaques, bruit de souffle au premier temps se prolongeant dans les vaisseaux ; il n'existait pas antérieurement et présente un timbre plus rude que celui de l'anémie. Pouls à 72, 76, petit, irrégulier, dépressible. Inappétence. Langue humide. La toux a presque tout à fait cessé.

19 janvier. — Il est survenu de l'aphonie. Somnolence persistante. Matité à l'épigastre s'étendant jusqu'à la région précordiale. Le foie ne déborde plus les fausses côtes que de deux travers de doigt environ. Pouls moins irrégulier, un peu plus lent. Faiblesse croissante.

On ne constate pas de changement notable jusqu'au 25 janvier, jour de la mort du malade, qui s'éteint sans agonie ; le traitement avait consisté en révulsifs cutanés, calmants et toniques à l'intérieur.

A l'autopsie, après ouverture de la poitrine, on trouve à droite une surface grisâtre, dépressible et formée par la plèvre considérablement épaissie (presque un demi-centimètre); on énuclée assez facilement cette poche et on constate qu'elle est formée par toute la plèvre droite, laquelle contenait environ 3 litres de pus.

Quand on a incisé la poche, on trouve à sa face interne une multitude de petites tumeurs, de volume variable, quelques-unes grosses comme une praline, et ayant toute l'apparence du tissu colloïde. De plus, entre chaque tumeur existe une substance mollassse, non adhérente aux parois, de couleur gris sombre, et semblant due à des fragments de fausses membranes.

En incisant les plus grosses des tumeurs, on les trouve formées de deux parties : l'une périphérique, mollassse, jaunâtre ; l'autre centrale, rouge et d'apparence sanguine ; aucun liquide ne s'écoule à la coupe. A la partie inférieure de la poche existe une tumeur du volume d'une petite orange mandarine, dont une très petite partie fait saillie dans la cavité du kyste. La presque totalité est située entre le diaphragme et le bord du foie, qui du reste, ainsi que les vaisseaux qui avoisinent ce bord, n'a aucune continuité avec la tumeur. Le diaphragme au contraire, est perforé, aminci dans une assez grande étendue, et ses fibres sont extrêmement pâles, presque décolorées.

A la coupe, cette tumeur présente une apparence caséeuse et dans quelques points un aspect lardacé analogue à l'encéphaloïde ; aucun liquide du reste ne s'en écoule, et la tumeur présente une certaine consistance.

Le poumon est accolé le long de la trachée ; il est per-

méable, et à sa base il se continue dans une petite étendue avec la tumeur sous-diaphragmatique.

Rien à noter dans les autres organes.

Le foie est parfaitement sain.

La pièce fut soumise à l'examen de M. Robin, et voici l'opinion qu'il émit, sous toutes réserves, sur les deux espèces de tumeurs :

Les tumeurs qui tapissent la plèvre ont été probablement des tumeurs hydatiques, ayant contenu des ecchinocoques qui se sont détruits.

On trouve des cristaux de cholestérine dans le liquide des parois, en assez grande quantité, avec des globules de pus en quantité.

La tumeur diaphragmatique est probablement due à une dégénérescence graisseuse, peut-être même tuberculeuse, d'un des ganglions lymphatiques qui entourent la veine-cave; mais M. Robin ne voit là qu'une analogie avec des productions graisseuses ou tuberculeuses, sans aucun des caractères histologiques de ces produits.

L'acide acétique rend leur forme primitive aux cellules épithéliales nucléaires des ganglions lymphatiques.

En résumé, M. Robin n'a voulu formuler aucune opinion sur la nature de ces deux espèces de tumeurs et n'a émis que des hypothèses; mais les renseignements qu'il a bien voulu nous donner me paraissent suffisants pour faire admettre que nous avons eu affaire à un kyste hydatique de la plèvre, et il n'émet lui-même aucun doute à ce sujet. La seule réserve qu'il ait établie est de savoir à quelle période du développement des ecchinocoques nous nous trouvions lorsque la pièce lui a été soumise. Sur ce point, les antécé-

dents et la marche de la maladie peuvent nous éclairer plus sûrement que ne le ferait l'examen anatomique seul, et il me paraît certain qu'avec cette maladie datant de quinze ans et ayant eu ses manifestations les plus aiguës pendant les cinq ou six premières années, ces hydatides se sont développées régulièrement au début et ont disparu depuis dans le travail de suppuration lente qui a envahi toute la surface interne du kyste pleural. Quant à la tumeur sous-diaphragmatique, loin d'avoir une origine différente et de pouvoir être attribuée, comme le suppose le savant micrographe à une dégénérescence particulière, tuberculeuse ou graisseuse, des ganglions périhépatiques, elle me paraît être, comme les kystes de la plèvre et les petites tumeurs saillantes à sa surface, formée par des débris d'hydatides. On trouve en effet fort souvent, dans l'épaisseur même du foie, des tumeurs semblables qui n'ont pas une autre origine. Le siège insolite de la tumeur en dehors du foie n'est pas une raison suffisante pour empêcher d'admettre sa nature hydatique, d'autant plus que la dégénérescence graisseuse ou tuberculeuse des ganglions lymphatiques de cette région serait chose bien plus rare et bien plus insolite encore. Remarquons du reste que ni à l'œil nu, ni au microscope, cette tumeur n'a présenté les caractères d'une tumeur graisseuse, ni ceux d'une masse tuberculeuse.

Observation 8

Southey. — Case in which a large hydatid cyst was removed from the Chest, with ultimate complete recovery. *S. Bartholomews Hospital Reports*, 1867, p. 394.

M^{me} B..., âgée de 31 ans, d'aspect cachectique, se soumet à mes soins en mars 1866.

Elle était très déprimée et se plaignait de trois symptômes principaux : douleur dans le côté droit du thorax, dyspepsie, toux. Celle-ci n'était pas provoquée par un besoin d'expectoration, mais coïncidait avec une sensation particulière dans la gorge et était surtout intense la nuit, lorsque la malade était couchée. La peau était chaude, le pouls petit et rapide, 96, la respiration haletante au moindre effort, mais non oppressée, lorsque la malade restait tranquille. L'appétit était mauvais, la langue pâle et érodée sur les bords ; urines et règles normales. Le début de ces accidents remontait à 4 ans, date d'un séjour dans le Lancashire. Depuis, elle a été mariée pendant six mois, sans avoir eu d'enfants.

On l'avait traité pour dyspepsie et pour pleurodynie.

Je ne trouvai de crépitation ni dans l'un ni dans l'autre poumon, les battements du cœur sont normaux, le thorax bien mobile, rien d'anormal à la percussion.

Dès lors, je pensai qu'il s'agissait d'une simple douleur

Georgesco

intercostale ; en juin, elle passa trois semaines au bord de la mer et revint plus malade qu'elle n'était partie.

Je trouvai un peu de distension et de sensibilité dans la région hépatique : le foie était volumineux, et son bord inférieur nettement distinct au dessous du rebord costal ; la zone de matité splénique était aussi un peu agrandie.

La toux était de plus en plus pénible et revenait par crises chaque nuit. Il n'y avait pas d'expectoration et toujours pas de symptômes pulmonaires. Il n'y avait que peu de fièvre, mais la faiblesse ne fait qu'augmenter ; le moindre mouvement provoque une grande fatigue.

J'attribuai tous ces symptômes à un peu de congestion hépatique d'origine palustre. J'ordonne de l'iodure de potassium, des pilules bleues et un régime sévère ; elle ne pouvait supporter le sulfate de quinine.

Malgré tout, le foie continua à augmenter de volume, et la ligne de matité correspondante à s'élever ; sa surface était régulière. Le moindre mouvement provoquait la toux, la malade restait tout le temps couchée sur le côté droit.

Le 1^{er} décembre, dans l'aisselle de ce côté, je découvris un bruit de frottement ; en même temps, la matité augmentait, mais il n'y avait pas d'égophonie.

Le 11 décembre, tout le côté droit était malade à l'exception d'une zone de sonorité exagérée au dessus de la clavicule ; en arrière, dans la région scapulaire, la matité était incomplète et l'on entendait un faible murmure vésiculaire, sans doute transmis par l'autre poumon. La respiration par le poumon gauche était en effet exagérée et compensatrice. Le cœur battait dans l'aisselle gauche.

La marche de l'affection me portait à rejeter le dia-

gnostic de pleurésie simple, ainsi que celui de pleurésie chronique de nature tuberculeuse ; j'hésitais alors entre un kyste hydatique venu du foie et ayant pénétré dans la plèvre par destruction progressive du diaphragme, et une tumeur maligne du foie et du pöumon ; j'inclinäis du reste vers cette dernière hypothèse, d'autant plus que la mère de la malade était morte d'un cancer à l'âge de 40 ans.

Frictions mercurielles.

Le 27 décembre, la malade passa une nuit pénible et agitée, son pouls était à 110, petit, faible ; la toux était plus intense que jamais, si bien qu'on avait dû avoir recours à la morphine pour la calmer.

Cette crise cessa à son tour, mais laissa la malade très abattue : dans l'espoir qu'il pouvait s'agir de liquide pleural ou kystique, je fis une ponction exploratrice. A cette date, je remarquai en dedans de l'épine de l'omoplate, une légère saillie de la paroi, repoussant cet os. En même temps, il y avait de la douleur et de la sensibilité à la pression dans la région axillaire, du côté droit, entre les 5^e et 6^e côtes.

Le 1^{er} avril, ponction par le Dr Callender et évacuation de 132 onces de liquide puriforme ; le trocart fut laissé en place et pendant toute la nuit suivante, l'écoulement continua.

Le 3 avril, l'écoulement avait diminué et l'état général était beaucoup meilleur, mais huit jours après l'écoulement devint fétide : évidemment il se décomposait dans la plèvre. On lava à plusieurs reprises celle-ci à l'aide d'une sonde en gomme et d'une seringue, mais la petitesse de l'orifice empêchait de faire ces lavages aussi complètement qu'il aurait fallu. Aussi le 4 mai, M. Langdon donnant le chloroforme,

M. Callender fit sur ma demande une incision entre les 6^e et 7^e côtes, en prenant pour centre la ponction de la plèvre qui avait été faite à mi-chemin entre la colonne vertébrale et le sternum. L'incision avait 2 pouces de long, et on put introduire le doigt dans la cavité pleurale, après écartement des côtes, qui étaient très rapprochées l'une de l'autre.

Par l'ouverture, fit hernie en dehors une masse lisse qui fut reconnue de suite pour la paroi d'un kyste hydatique; on la saisit et on l'attira doucement; si bien qu'on put retirer du thorax la plus grande partie. Cette manœuvre fut fort délicate, d'abord parce que le kyste glissait sous le doigt, ensuite parce qu'il avait une grande tendance à se déchirer. La plus grande partie était déjà extraite, lorsque cette rupture se produisit brusquement et la partie restante du kyste disparut dans le thorax. Une mèche de lint fut introduite dans l'orifice thoracique pour empêcher sa fermeture, et la plaie recouverte d'un pansement.

Le kyste extrait était en certains points mince et opalescent, en d'autres épais et opaque; sa cavité ne contenait pas de vésicules, mais 10 onces environ de pus grumeleux et sanieux. Le kyste paraissait bien s'être formé primitivement dans la plèvre et non venir du foie, car par l'orifice de la plaie je pus introduire mon doigt dans la plèvre et sentir la face supérieure, lisse et régulière, du diaphragme.

A partir de ce jour, la guérison suivit son évolution régulière.

Trois mois suffirent pour que cette cavité considérable fût complètement fermée. Après trois semaines de suppuration abondante, les parois thoraciques s'affaissèrent et dès la 6^e semaine, les côtes bordant l'orifice s'imbriquèrent si

bien qu'il fallait les écarter avec une sonde canelée pour donner issue à la petite quantité de pus qui s'y accumulait pendant les 24 heures ; petit à petit, cette quantité diminua ; en juillet, la plaie était cicatrisée, et le poumon, sur les 2/3 de son étendue avait recouvré sa sonorité et sa dilatabilité normales.

Le 30 août, l'état de la malade est très satisfaisant, elle ne tousse plus et se plaint seulement d'un peu de douleur au niveau de sa cicatrice.

Observation 9

Moutard-Martin. Un cas d'hydatides de la plèvre.

Gazette hebdomadaire, 1871. p. 614

Un jeune homme de dix-sept ans, entra vers le commencement du mois d'octobre à l'hôpital Beaujon, se disant malade depuis trois semaines. La maladie débuta par un frisson et un point de côté à droite. La fièvre devient continue et avec recrudescence et frisson tous les soirs.

A l'entrée dans la salle, on constate l'état suivant : coloration jaune du visage, lèvres décolorées, peau chaude, pouls battant 140 fois par minute. Le malade accuse des sueurs nocturnes. L'examen direct de la poitrine montre une dilatation très appréciable du côté droit, qui est mat à la percussion en avant et en arrière, dans toute la hauteur ; on y trouve un souffle prononcé et de l'égophonie vers la pointe de l'omoplate. Dans le reste de l'étendue, le murmure

vésiculaire n'est pas perçue par l'oreille. On diagnostique un épanchement thoracique considérable et soupçonne qu'il doit être purulent. On fait immédiatement une ponction et enfonce profondément le trocart. Aucune goutte du liquide ne sort par la canule. L'inutilité de cette ponction et la certitude absolue d'un liquide dans la plèvre engagent M. Moutard-Martin à faire une seconde ponction dans l'espace intercostal situé au dessus. Cette fois il sort par la canule, quelques gouttes de pus et des grumeaux jaunâtres épais. L'appareil de M. Dieulafoy est employé pour aider par aspiration à l'issue du liquide ; on ne peut néanmoins retirer plus de 20 grammes de pus.

Le lendemain, M. Moutard-Martin se décide à pratiquer l'opération de l'empyème, et fait une incision de 6 centimètres de longueur dans l'espace intercostal. Aussitôt l'incision faite, un flot de pus est lancé à distance et par saccades. A ce moment, il se présente à travers les lèvres de l'incision un paquet de membranes jaunâtres que l'on attira avec des pinces. C'était une volumineuse membrane d'un kyste hydatique flétri. Il en sortit ainsi cinq ou six. Plusieurs hydatides entières mais plus petites furent rejetées avec une grande quantité de pus. Des lavages abondants avec de l'eau alcoolisée furent faits tous les jours suivants, et chaque jour on chassa par ce moyen plusieurs kystes entiers.

Le malade considérablement soulagé par l'opération, est encore en traitement. On peut espérer un résultat favorable. La suppuration est sans odeur et diminuée de jour en jour. L'eau alcoolisée injectée dans la plèvre en

sort souvent à peine troublée. L'état général du malade va s'améliorant.

Observation 10

Landau. — Echinococcus pleurae. — *Arch. für Gynækologie* 1876, p. 221.

Femme de 25 ans. Sur la moitié droite du thorax, tumeur grosse comme le poing. Située au-dessous de la mamelle, et paraissant attachée profondément à elle, son plus long diamètre s'étend du bord inférieur du thorax, au bord supérieur de la quatrième côte. Les côtes sont très manifestement amincies, si bien que leur partie la plus voisine de la tumeur n'est pas constatable. Au niveau de la tumeur même, aucun symptôme à l'auscultation. La tumeur a une consistance élastique, sans fluctuation. La peau à son niveau est normale. La zone de matité hépatique se confond avec celle de la tumeur. A la partie inférieure droite, la peau est d'apparence phlegmoneuse. Un diagnostic précis est impossible à poser. Une incision s'impose, étant donnée l'inflammation de la masse : une incision est donc faite, suivant le grand axe de la tumeur ; on découvre de suite une capsule épaisse, facile à détacher de tous côtés ; elle est incisée parallèlement à l'incision cutanée. Alors s'écoulèrent environ 400 grammes de sérosité claire, contenant 30 à 40 vésicules hydatiques, dont la grosseur variait du volume d'une cerise à celui d'une pomme. Le sac avait usé les

côtes, depuis le 4^e jusqu'au 6^e espace interco-stal, au niveau de la ligne parasternale, et au milieu de cette zone érodée se trouvait un orifice où l'on pouvait introduire le petit doigt. Dans l'intérêt du malade, on s'abstint de rechercher avec trop de détails les connexions de la tumeur avec la plèvre ; à ce moment du reste, survinrent de violents efforts de toux, qui projetèrent par l'orifice un certain nombre d'hydatides, tandis que chaque expiration faisait pénétrer l'air dans la poche intrathoracique. La partie extra-thoracique du kyste fut soigneusement disséquée, la peau suturée et un pansement phéniqué appliqué.

Dans les premiers jours de février, suppuration, toux violente, donnant issue à des échinocoques, puis l'orifice devint fistuleux et finit par s'oblitérer complètement.

Observation II

Von Lesser.— Linkseitiger peripleuritischer Echinococcus, mit retromammaerem Durchbruch. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1881, p. 3.

Le 2 février 1880, vint me consulter une femme de 35 ans, portant une tumeur au côté gauche du thorax. Cette tumeur avait été remarquée pour la première fois il y avait trois ans, avait lentement augmenté de volume, et n'était devenue douloureuse que dernièrement.

Actuellement du volume d'un poing, la tumeur siège au-dessus et en arrière de la mamelle gauche, qu'elle fait

saillir légèrement. Elle présente une fluctuation manifeste, n'est pas très distendue et communique manifestement avec une autre tumeur plus petite, siégeant au niveau de la ligne axillaire gauche. La percussion donne au niveau de la tumeur, et en arrière d'elle, du côté du creux axillaire, une zone de matité. L'auscultation est normale. Peau saine, ganglions axillaires non hypertrophiés, état général satisfaisant.

On porta les diagnostics les plus divers : lipome mou retro-mammaire, enchondrome costal, abcès périostique, empyème saillant, échinocoque rétromammaire, et on se décide à faire une ponction exploratrice, puis à extirper s'il s'agissait d'une tumeur, en tout cas à inciser et à nettoyer.

Le 4 février 1880 fut faite la ponction avec un trocard explorateur ; il s'écoula seulement quelques gouttes de sérosité sanglante. Alors j'incisai la peau en arrière de la mamelle sur le bord libre du grand pectoral, soulevai le muscle, et écarté les fibres du grand dentelé, avant d'arriver jusqu'à la tumeur ; celle-ci était donc bien plus profonde qu'on ne l'avait d'abord supposé ; d'autre part, il n'y avait pas une seule, mais deux : la première, du volume d'un citron, située en arrière de la mamelle, l'autre, du volume d'une petite pomme, à mi-chemin entre la ligne mammaire et la ligne axillaire. Les deux tumeurs adhéraient à la paroi thoracique. La compression réduisit en partie le contenu et on put alors refouler la paroi antérieure du kyste dans un orifice de la paroi thoracique. En faisant des tentatives pour isoler la plus volumineuse des tumeurs, elle se rompit. Il sortit 300 grammes de sérosité hydatique avec des vésicules filles, les unes claires, les autres contenant un liquide trouble ; en

outré, il y avait des crochets et des couronnes de crochets. En même temps que ce contenu s'évacuait, la petite tumeur s'affaissa. Je l'incisai également et je pus pénétrer avec le doigt dans la poche intra-thoracique. Celle-ci était fusiforme, avec son grand diamètre suivant la ligne axillaire. Sa paroi était partout lisse et sans doute très épaissie, car on ne pouvait la refouler que difficilement du côté du poumon et elle n'était que fort peu déplacée par l'expansion de cet organe. En arrière, à peu près au niveau du milieu de l'omoplate, on sentait une troisième perforation de la paroi thoracique, perforation où l'on pouvait introduire l'extrémité du petit doigt.

Les parois des poches hydatiques furent disséquées et réséquées au ras des perforations intercostales; deux drains, dont l'un du volume du doigt, furent introduits par l'orifice intercostal postérieur, et deux autres, moins volumineux, introduits entre les parties molles et la paroi, l'un dirigé vers la ligne axillaire, l'autre vers la mamelle. Les plans profond et superficiel de la plaie furent fixés par un fil d'argent, et le drain immobilisé par un fil analogue. La poche intra-thoracique fut nettoyée avec une solution phéniquée à trois pour cent, jusqu'à ce que le liquide sortit complètement clair et sans entraîner des vésicules filles.

Pansement phéniqué.

La guérison fut très lente. Le soir, jusqu'au huitième jour, la température s'éleva à 38,2, puis redescendit à la normale. Pendant ce temps, quelques vésicules filles absolument claires s'étaient encore échappées; le gros drain intra-thoracique fut retiré le dixième jour.

Le seizième jour, les sutures furent enlevées, la suppu-

ration était peu abondante, inodore; les granulations se formaient bien dans la profondeur. A partir de ce moment, les pansements furent faits à la polyclinique, où la malade, qui habitait un village voisin de Leipzig, pouvait se rendre à pied.

Le 26 mars et le 5 avril sortirent encore deux vésicules vides, et une cuillère à thé environ de sérosité trouble. La respiration au niveau de la plaie s'entendait bien un peu rude en arrière, toutefois la sonorité pulmonaire avait reparu sur toute l'étendue du thorax, mais elle était un peu diminuée au niveau de la plaie.

En fin avril, la plaie était réduite à une ligne; comme rien ne s'écoulait plus par le drain, il fut définitivement enlevé.

Au milieu de juin, la plaie était guérie et le 13 juillet, la malade était présentée à la Société de Médecine de Leipzig.

Depuis cette époque elle va bien, mais se plaint de tousser de temps en temps et de ressentir une sensation de pression dans la région hépatique, où l'on ne trouve malgré cela rien d'anormal.

Observation 12

S. Boyd. — On two cases of intra thoracic suppurating Hydatid, treated by incision and extraction of the cyst. — *Australian medical journal*, 1881, p. 170.

Madamē G..., âgée de 26 ans, mariée et mère de deux enfants, vient me consulter pour une affection qui avait été

successivement diagnostiquée : pleurésie avec épanchement, augmentation de volume du foie, abcès.

A l'examen, le côté droit de la poitrine mesure 1 pouce et demi de largeur de plus que le côté gauche, sans saillie des espaces intercostaux.

On ne trouve pas de pleurésie dans l'histoire de la malade, mais, du côté droit, anciennes douleurs à caractère pleurétique, et dans l'épaule correspondante, douleurs rappelant les douleurs d'origine hépatique.

A la percussion et à l'auscultation, le diagnostic d'épanchement pleural fut écarté de suite, à cause de la zone de matité caractéristique des kystes hydatiques qui fut constatée à la partie inférieure du thorax, pendant que tout symptôme d'auscultation et de percussion faisait défaut au sommet; la zone mate arrondie se déplaçait légèrement par les changements de position du corps, en tout cas assez pour me confirmer le diagnostic de kystes hydatique pleural. On décida d'introduire un trocart, ce qui fut fait dans le 7^e espace intercostal. Il s'écoula trois pintes de liquide demi-purulent qui se montra, au microscope, rempli de crochets. Il n'y eut pas d'amélioration sensible, mais il survint de la matité à la base du poumon droit, avec douleurs pleurétiques, accélération du pouls et élévation de température. Je pris alors la décision, avec le docteur Martin, d'enlever le kyste, comme seul moyen de guérir ma malade. Le 10^e jour après la ponction je fis une large incision entre les 7^e et 8^e côtes, et j'enlevai sans difficulté une large poche, à demi-décomposée et déchirée en plusieurs fragments. En introduisant mon doigt dans la plaie, je sentis la surface convexe du diaphragme lisse et normale. Il s'agissait donc bien d'un kyste

intra-pleural. Un peu de pus et des débris divers sortirent après les parois du kyste, puis il s'écoula du sang veineux en grande abondance, mais pendant peu de temps. Un drain fut introduit et laissé dans la plèvre.

L'opération fut suivie d'une amélioration notable. La fièvre et la douleur disparurent et les symptômes physiques de corps étranger intra-thoracique s'effacèrent. En somme, la guérison parut assurée pendant quelque temps. Malheureusement, au bout d'une quinzaine de jours, la malade commença à se plaindre de dyspnée et d'oppression, et en explorant la cavité pleurale avec une sonde en gomme, je sentis à mon grand étonnement un autre kyste, d'où s'écoulèrent dix onces environ de liquide hydatique parfaitement clair, dans lequel nageaient des échinocoques vivants. Je réussis à enlever la paroi et je fis, à plusieurs reprises, des irrigations de la plèvre avec une solution faible de teinture d'iode, dans le but de détruire tous les parasites. Il s'ensuivit une nouvelle période d'amélioration, mais les symptômes reparurent ne me laissant pas de doutes sur une nouvelle récurrence. Ils consistaient alors en attaques soudaines et alarmantes de dyspnée, se terminant habituellement par une syncope, avec déséquilibre complet du cœur. Ces accidents augmentèrent d'intensité si rapidement, que, quelques jours après leur début, la malheureuse femme mourait brusquement dans une crise. Je ne pus faire l'autopsie, mais je ne doute point qu'il se soit rapidement développé dans son péricarde des hydatides, telles que celles dont j'ai donné une préparation aux travaux de l'Université.

Observation 13

Groom. — Hydatid cyst of right pleura ; évacuation.

Lancet, 1884, I, 846

Lydie B. . . , fillette délicate, âgée de 15 ans, fut admise à « West Derby Union hospital » de Liverpool, le 1^{er} août 1882. — Sa mère déclare qu'elle a eu une bonne santé jusqu'en mars 1880, quant à la suite d'un refroidissement elle fut prise de douleurs dans le côté droit, avec gêne de la respiration, sueurs pendant la nuit et émaciation graduelle. Ces symptômes augmentent de gravité jusqu'au moment de l'admission, malgré les traitements médicaux régulièrement suivis ; on a toujours constaté l'absence de toux, d'hémoptysies, de troubles alimentaires, de jaunisse ou de tout autre symptôme relevant d'une affection hépatique. Une semaine avant l'admission on avait ponctionné le côté droit du thorax et retiré trois pintes de liquide, qui firent penser à un emphysème, ce qui décida l'envoi à l'hôpital. L'évacuation de liquide fut suivie d'une légère amélioration. A l'admission, la malade était amaigrie, pâle ; ses conjonctives étaient décolorées. Elle ne pouvait rester étendue et dormait assise dans son lit, sa tête reposant sur les mains. Elle se plaignait de vives douleurs dans le côté droit, surtout à la partie postérieure du thorax. Le pouls était de 84, la respiration 32 ; la température était normale et continua à l'être après la thoracentèse. L'examen du thorax montra que tout le côté

droit présentait des dilatations veineuses superficielles, avec élévation de la température et grande sensibilité à la pression. Il y avait tous les symptômes d'un épanchement distendant le côté droit de la plèvre, avec saillie marquée des espaces intercostaux, depuis la clavicule jusqu'au diaphragme. Le côté droit du thorax au niveau des mamelons mesurait 14 pouces $1\frac{1}{2}$; le côté gauche, 13 pouces $1\frac{1}{2}$. Le poumon gauche, sauf une légère rudesse du murmure vésiculaire, ne présentait rien de particulier. L'auscultation du cœur le montrait refoulé à gauche; la pointe bat à un demi-pouce au-dessous et à un pouce en dehors du mamelon gauche. Le foie s'étendait jusqu'à un demi-pouce au-dessous du rebord costal, mais il paraissait normal, ainsi que les autres organes de l'abdomen.

Le 4 août la plèvre droite fut ouverte avec toutes les précautions antiseptiques, par une incision unique de un pouce et demi de long dans le sixième espace intercostal, à un pouce en avant du bord axillaire de l'omoplate. Cette incision donna issue à 4 onces d'un liquide inodore, légèrement trouble, de couleur ambrée, contenant de nombreux flocons rougeâtres mêlés à de nombreux kystes sphériques, incolores, variant de volume depuis le volume d'un pois à celui d'une bille. A l'intérieur de quelques-uns de ces kystes on en voit d'autres plus petits. Les flocons et une quantité considérable de matière huileuse flottait à la surface du liquide furent regardés comme étant dus à la dégénérescence des parois d'un certain nombre de kystes, et, en effet, on vit finalement s'échapper un certain nombre de kystes vides ayant en partie subi cette dégénérescence. Le doigt introduit par l'incision trouva dans la plèvre un certain nombre de

kystes flottants et put explorer la face supérieure du diaphragme, qui était lisse et saine.

11 heures du soir : pouls 92, respiration 26, température 98,8 Fahrenheit.

5 août. — Le sommeil a été bon pendant la nuit : la malade a pu reposer sur le dos, la tête appuyée sur un oreiller. Pouls 104, respiration 26, température 99. En enlevant le pansement, il s'écoule dix onces de liquide analogue à celui évacué la veille, et 30 kystes environ sortent par lavages de la plèvre avec une solution phéniquée faible. 11 heures soir : pouls 100, respiration 28, température 99.

6 août. — Pouls 100, respiration 27, température du matin 99,4, du soir 101.

7 août. — Température 101,4. Le lavage donne issue à plus de 100 kystes. Les jours suivants, un grand nombre de kystes continuent à s'échapper, quelques uns plus volumineux que tous ceux vus jusqu'à présent ; le liquide devient peu à peu purulent, et la température prend le caractère hectique.

22 août. — Deux volumineux lambeaux de paroi kystique se présentent à l'ouverture et sont extraits ; le plus large mesure 4 pouces sur 3 et environ une ligne d'épaisseur. Ils sont légèrement jaunâtres, translucides, d'aspect hyalin, et se séparent en deux couches. Ils faisaient évidemment partie de la membrane mère d'un kyste hydatique et du reste le grattage de leur face interne donna des scolex reconnus au microscope.

27 août. Deux nouveaux lambeaux sortent, assez analogues aux précédents ; l'un mesure 2 pouces sur un.

Maintenant les deux côtés du thorax mesurent 13 pouces 1/2.

Après cette date, un petit nombre de kystes apparurent encore, et le cas prit l'aspect d'un empyème vulgaire traité par incision thoracique ; la malade du reste s'améliorait et gagnait du poids.

Elle quitta l'hôpital sur sa demande le 9 mai 1883 quoiqu'il restât encore une fistulette d'où s'écoula chaque jour quelques gouttes de pus.

Elle fut revue chez elle le 6 mars 1884, en excellent état. Les seins ne s'étaient pas développés, les règles n'étaient pas apparues, et quoique âgée de 17 ans, la fillette n'en paraissait pas plus de 10. Le côté droit du thorax s'était affaissé, en provoquant une scoliose considérable avec affaissement de l'épaule droite ; la fistule était toujours ouverte et donnait par jour une cuillerée de pus épais et jaunâtre. Le côté gauche du thorax mesurait maintenant 14 pouces, le côté droit 12 ; la pointe du cœur était à un demi-pouce en dehors du mamelon. Le poumon droit était bien sonore et bien distendu par l'air, sauf à la base et dans les alentours de la région axillaire. Le foie était normal et il n'y avait aucun symptôme de nouvelle localisation hydatique.

Remarque. — L'absence de toux et d'autres symptômes s'adressant au poumon de concert avec l'intégrité du foie, laissent supposer que c'est un cas de kyste hydatique primitif de la plèvre, et le fait que la rupture consécutive avait occasionné l'extrême distension de toute la cavité pleurale droite sans occasionner d'inflammation purulente est démontré par l'absence de toute élévation de température et par les caractères du liquide retiré par la paracentèse.

Observation 14

Leclerc et Tillier. — Kyste hydatique primitif de la plèvre, pyopneumothorax secondaire, traité par des injections de liquides antiseptiques dans la cavité pleurale ; accidents nerveux consécutifs au traitement. Opération d'empyème ; collapsus ; mort. *Lyon Médical*, 1889.

Pierre V..., corroyeur, 20 ans, entre le 2 août 1888, salle Sainte-Elisabeth, n° 49, dans le service de M. le Professeur Lépine, que l'un de nous avait l'honneur de suppléer. La mère a souffert autrefois de manifestations strumeuses. Quant à lui, il a été traité de 7 à 10 ans pour des accidents du même genre à Antiquaille ; il porte, au côté gauche de la face, dans les régions maxillaires et sur différents points des membres, de nombreuses cicatrices irrégulières dues à des abcès ganglionnaires ou osseux. A 25 ans, il eut une cataracte de l'œil droit qu'il fit opérer par des empiriques. A la suite, cet œil subit la fonte purulente. A peu près à la même époque, la vue se mit à diminuer progressivement dans l'œil gauche, en sorte qu'aujourd'hui l'amaurose est presque complète et que le malade distingue tout au plus le jour de la nuit. Enfin, il existe une griffe congénitale des deux derniers doigts de la main droite.

Il aurait eu encore un rhumatisme subaigu de l'épaule droite à l'âge de 20 ans, et cinq ans plus tard, des palpita-

tions pour lesquelles un médecin lui prescrivit la digitale. Il est d'une intelligence peu développée.

Au mois de janvier de cette année, il ressentit des points douloureux au niveau du sein gauche d'abord, puis à la partie postérieure du thorax ; bientôt se déclara une dyspnée intense et le malade dut s'aliter il y a trois semaines. Il semble, d'après ce que lui avait dit son médecin, qu'il avait à cette époque une pleurésie gauche. Il n'a jamais eu d'œdèmes, jamais d'hémoptysies. Actuellement, il se plaint d'une douleur constrictive qui se manifeste au niveau du cœur au moindre mouvement, d'un point de côté en arrière à gauche et d'un peu de dyspnée.

On ne remarque pas de voussure thoracique à gauche ; ce côté est plutôt un peu plat. Le périmètre des deux côtés est le même. Tout le côté gauche est le siège d'une matité de bois, qui remonte en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate. La matité ne se déplace pas dans l'aisselle, mais il faut noter qu'elle occupe toute la région. Skodisme considérable sous la clavicule. Les vibrations ne sont pas totalement abolies à gauche, mais elles sont très diminuées ; elles existent même dans la ligne axillaire.

La respiration ne s'entend que tout à fait au sommet ; plus bas, silence complet à l'inspiration et souffle expiratoire léger. On perçoit de la pectoriloquie aphone dans toutes les limites de la matité.

Quant à l'égophonie, elle n'est pas très intense, mais il existe un point sur le bord axillaire de l'omoplate, où la voix a nettement le timbre de mirliton.

Le cœur est très déplacé ; sa pointe bat presque sous le mamelon droit. Le maximum des bruits est à droite du

sternum. Pas de souffle, seulement le claquement aortique ne paraît pas très net.

Pouls régulier assez fort, rapide : 120.

Respiration assez fréquente : 36. Cependant le malade n'accuse pas beaucoup de dyspnée.

Urine très albumineuse, qui se prend pour ainsi dire en masse, soit par l'action de l'acide nitrique, soit par celle de la chaleur. Température rectale du soir : 38.7.

3 août. — A la visite du matin on pratiqua une ponction aspiratrice, qui donne issue à 1.200 gr. de liquide. La première colonne du liquide, que l'on voit à travers l'index placé dans le tube aspirateur, est claire et transparente ; sa couleur est blanche plutôt que citrine. Presque immédiatement le liquide prend une couleur rutilante, et tant que dure l'écoulement, il garde cette teinte, mais plus ou moins foncée. La ponction a été faite presque sur le bord antérieur de l'aisselle : on suppose que le poumon a pu être blessé par le trocart. On ne retire pas tout le liquide, malgré cela le malade a une légère quinte de toux et des crachats sanguinolents. Léger frisson un peu après la ponction.

Le matin 38,2 ; soir 40,6.

4 août. — Le liquide retiré hier a laissé un caillot qui s'est rétracté dans des proportions énormes : au fond du vase est une couche très colorée où sont précipités les globules sanguins ; au-dessus est une masse liquide légèrement teintée en rouge, au milieu de laquelle flotte un caillot très rétracté, tout à fait semblables aux caillots fibrineux. On perçoit nettement l'égophonie à la base gauche ; les vibrations persistent également en arrière et à gauche. La pointe du cœur bat toujours à droite.

Le matin 39.3 ; soir 40.1.

5 août. — Le malade se trouve mieux. Il a des crachats adhérents couleur sucre d'orge. La température est toujours élevée, avec quelques oscillations. Jusqu'au 8 elle se maintient, le soir, au-dessus de 40°.

Le 8 la sonorité est revenue dans tout le côté gauche, sauf une zone très limitée à la base, les vibrations sont toujours diminuées. Ce retour de la sonorité est dû à un hydropneumothorax que l'on constate pour la première fois. On entend un souffle amphorique très net avec une respiration très obscure dans toutes les parties où on entend le souffle, et on observe de la succussion hypocratique.

A partir de ce jour la température baisse et le 19 on cesse de prendre la température.

Le 23 août le malade a une vomique de plus d'un litre ; le liquide, légèrement louche, présente quelques globules de pus. A partir de ce jour la fièvre oscille et montre le type inverse plusieurs fois.

Le 30 août expectoration purulente, sans vomique ponction expectoratrice sans résultat.

Le 3 septembre l'urine contient beaucoup d'albumine.

Le 8 la fièvre persiste, on entend de nouveau la succussion. On fait une nouvelle ponction dans un nouvel espace, pas de liquide. On injecte 4 cent. cubes de liqueur de Van-Swieten.

Le 13 septembre, nouvelle ponction, on retire environ 450 gram. de liquide très purulent mais très fétide. Pendant cette ponction, le malade est pris d'un état syncopal sérieux.

Le poulx se relève, grâce à quelques injections d'éther.

Le 14. — Etat général le même, mais à la suite de la ponction, il s'est produit une monoplégie incomplète du membre supérieur droit.

L'état général s'aggrave, le malade est transporté dans un service de chirurgie où M. Gangolphe pratique l'empyème. Il retire à peine quelques gouttes de pus. Trois jours après, mort dans le collapsus.

Autopsie. — Poumon droit 900 gram., poumon gauche 770. Foie normal.

En décollant le feuillet pariétal, on le crève, par l'ouverture sortent de grosses vessies ayant appartenu à des hydatides.

La cavité qui les renferme paraît occuper lieu et place de la cavité pleurale. Les parois de la cavité ont du côté externe une épaisseur de 1 millimètre environ. La paroi interne fait corps avec le poumon.

La partie du poumon gauche correspond au kyste est carnifiée sur une épaisseur de plusieurs centimètres.

Il n'y a absolument aucune trace de vésicules hydatiques ailleurs que dans la plèvre gauche.

Pas de lésion dans le cerveau qui explique la monoplégie. L'incision de l'empyème avait porté dans le tissu pulmonaire, en avant du bord antérieur du kyste.

Observation 15

Kyste hydatique primitif de la plèvre droite. Suppuration de la poche. Opération pulmonaire droite. Consommation. Mort.

Observation prise par M. Porte, interne des hôpitaux de Lyon, dans le service de M. le Professeur Teissier. (Ollier de Vergèze, thèse de Lyon 1892).

Chapelin Jeanne, 55 ans, ménagère, entre le 2 mars 1892 à l'Hôtel-Dieu, salle Montazet.

Père et mère morts d'affections inconnues. Deux frères en bonne santé. Un frère mort de pneumonie. Pas d'enfants. Pas de fausses couches. Jamais aucune trace de scrofule, pas de glandes au cou dans l'enfance, pas d'ophtalmie.

De 12 à 45 ans, la malade qui travaillait à la soie, n'a jamais été obligée d'interrompre son travail. Elle ne se souvient pas d'avoir été obligée de s'aliter. Réglée de 11 ans à 54 ans, régulièrement. Quelques pertes blanches.

La malade n'était pas sujette à tousser ; elle ne s'enrhumait pas facilement en hiver. Cette année voilà 4 mois qu'elle a commencé à tousser et à se sentir plus faible ; mais il n'y a qu'un mois qu'elle est plus malade. Elle semble avoir eu vers le 1^{er} février des symptômes de grippe, petits frissons répétés, céphalalgie, catarrhe oculaire, sensation de brisement général. En même temps, point de côté assez

violent en arrière à la base du poumon droit. La malade avait de la toux et de l'oppression. Elle crachait assez abondamment.

Depuis cette époque, le point de côté a persisté ainsi que la toux ; l'expectoration est beaucoup moins abondante ; l'oppression moins forte ; la malade a remarqué depuis un mois qu'elle avait un peu d'œdème des membres inférieurs, disparaissant en partie lorsqu'elle restait couchée. Elle n'est pas restée alitée complètement, mais elle était obligée de se mettre au lit plusieurs heures pendant la journée. Elle dit avoir maigri ; elle n'a pas le faciès terreux et a encore la figure un peu colorée ; l'œdème des membres inférieurs a en partie disparu par le repos, mais on détermine par la pression du doigt encore un léger godet à la région malléolaire gauche. Expectoration muqueuse peu abondante. Léger œdème au niveau de la région lombaire ; pas d'œdème de la paroi thoracique.

A l'inspection on trouve une voussure assez prononcée à la base droite qui semble surtout augmentée dans le sens antéro-postérieur. Cette différence est appréciable aux mains entourant successivement chaque base. A la mensuration il y a une augmentation de 1,015 à droite, c'est-à-dire de 0,41.

A l'inspection on note que les mouvements des côtes sont à peu près nuls à droite, surtout dans la région axillaire, tandis qu'ils sont très visibles à gauche.

A la palpation, les vibrations thoraciques sont très nettement diminuées à droite, surtout dans la moitié inférieure, mais nulle part elles ne sont abolies.

On n'a pas la sensation de flot.

Observation 16

Reboul (J.). — Kyste hydatique multiloculaire primitif de la plèvre droite, ouverture large avec résection costale et drainage ; guérison. Communication faite à la Société de Chirurgie. — *Gazette des hôpitaux*, 16 novembre 1893.

M. Henri X... (d'Uzès), âgé de 29 ans, m'est adressé le 15 juillet 1893 par M. le Docteur Delon pour deux tumeurs liquides siégeant à la partie moyenne et antérieure de la région thoracique droite.

Antécédents héréditaires. — Grands pères et grandes mères morts entre quatre-vingt et quatre-vingt-dix ans ; père âgé de cinquante six ans, n'a jamais été malade ; mère, cinquante six ans, en bonne santé. Huit frères et sœurs, une seule sœur est vivante et jouit d'une bonne santé ; les autres frères et sœurs sont morts en bas âge, la plus âgée est morte à trois ans.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, bonne santé. Pendant cette période et plus tard, M. Henri X..., avait souvent des chiens autour de lui et les caressait volontiers.

A vingt ans, pleurésie ou pneumonie droite, qui l'oblige au séjour au lit pendant un mois. A vingt et un ans, service militaire d'un an, bonne santé pendant cette période.

A vingt trois ans, M. Henri X... se marie ; à cette

L'examen microscopique y montre des globules de pus et de larges cristaux de cholestérine.

Le 8 mars. — Opération de l'empyème faite par M. Porte. Anesthésie locale avec deux injections de chlorhydrate de cocaïne à 1/40 et avec des vaporisations d'éther. Issue de cinq litres environ d'un pus inodore, liquide, jaunâtre, sans grumeaux.

Sous l'influence d'un accès de toux, une énorme poche d'un tissu gélatineux et transparent est expulsée. Elle a tout l'aspect d'une poche de kyste hydatique. Examinée au microscope, elle apparaît formée de couches stratifiées parallèles. La couche la plus interne, détachée et étalée par petits lambeaux, sur une lame de verre, laisse voir au microscope des crochets.

La malade a quelques accès de toux et de légères hémoptysies. Elle est très faible, néanmoins, l'état général est assez bon. Le 9 et le 10, il semble même y avoir une légère amélioration. Le pansement est renouvelé. La plaie n'offre aucune trace de suppuration et les pièces du pansement sont à peine souillées par un peu de liquide qui s'est échappé de la cavité pleurale.

A partir de cette époque, la température augmente progressivement, mais modérément. La malade s'affaiblit de plus en plus, répond difficilement aux quelques questions qui lui sont faites. Elle reste dans le décubitus dorsal, le facies est pâle, les joues très amaigries, la langue sèche ; elle succombe le 16 mars. La température était de 39° 4. Depuis quelques jours, elle avait des signes évidents d'une congestion pulmonaire assez intense dans le poumon droit, c'est-à-dire du côté où siégeait le kyste hydatique.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on voit du côté droit le poumon refoulé en haut et réduit au volume d'une grosse orange ; au dessous, une vaste cavité en forme de pyramide quadrangulaire dont le sommet arrive sur le poumon jusqu'au sommet de la cavité pleurale et dont la base est formée par le diaphragme. Cette cavité est tapissée par la plèvre, épaissie jusqu'à mesurer un demi-centimètre, d'apparence villeuse, gris verdâtre, avec odeur rappelant celle de la gangrène. La cavité ne renferme plus de pus et plus de vésicules.

A la base, l'on recherche s'il y a communication entre cette cavité et le foie. On tombe sur une ouverture de la largeur d'une pièce de cinq francs, découpée comme à l'emporte-pièce et ressemblant à un véritable ulcère. Cette ouverture donne accès à un cul-de-sac de la grosseur d'une noix, qui n'est pas en communication avec le foie. Nulle part, avec un stylet, l'on ne peut trouver d'ouverture inférieurement. Cet infundibulum a une forme d'entonnoir à large extrémité intra-pleurale ; il semble dû à la pression du liquide, cherchant à se faire jour vers le foie et le péritoine.

Quant au diaphragme, ses fibres sont en partie détruites à ce niveau, mais on en trouve encore manifestement entre le foie et le cul-de-sac pleural signalé plus haut.

Les poumons, surtout le droit, présentent des lésions de broncho-pneumonie.

Foie. — Le foie est déplacé, le lobe gauche occupe l'hypochondre gauche et descend jusqu'au niveau de l'ombilic, de sorte qu'au premier abord on croit à une véritable inversion des viscères. Quant au lobe droit, il est réduit au

volume d'une mandarine, sans trace d'inflammation ni de cavité kystique dans l'intérieur.

On semble être autorisé à considérer cette malformation comme congénitale.

Il y a de la périhépatite en rapport avec les lésions de la plèvre droite.

Pas de péricardite. Rien au cœur.

Reins normaux.

Pas de trace de kystes hydatiques dans les autres organes.

Des résultats de l'autopsie, il semble que le kyste était purement primitif, qu'il appartenait nettement à la cavité pleurale et n'avait aucune connexion avec le poumon ou le foie. Ce dernier point avait déjà été établie lors de l'empyème, le doigt introduit par la plaie faisait sentir une surface lisse, contractile, qui était le diaphragme ; au-dessous l'on sentait la résistance qu'offrait le foie.

Nous devons avouer que le diagnostic n'avait pas été porté d'une façon ferme avant l'empyème. Plusieurs hypothèses avaient été discutées, celle de pleurésie purulente entre autres avait été émise. Mais notre maître tenant compte des cristaux de cholestérine décelés dans l'examen du pus au microscope, affirme l'ancienneté de l'épanchement.

L'absence de température jointe au signe précédent lui fait supposer une poche kystique d'hydatide ou un kyste purulent. Mais il songeait plutôt à un kyste de la face convexe du foie, ceux-ci étant de beaucoup plus communs.

A la percussion, matité absolue dans toute la hauteur du poumon droit, depuis la base jusqu'à l'extrême sommet et dans toute la hauteur de la ligne axillaire. Aussi est-il impossible d'examiner le déplacement de la matité par les changements de position.

Dans le sens transversal, en avant, la matité arrive jusqu'à un centimètre à gauche du sternum.

A l'auscultation, dans toute la moitié inférieure, abolition complète du murmure respiratoire ; dans la fosse sus-épineuse et sous la clavicule, souffle inspiratoire et expiratoire doux et lointain, pas de râles.

On a peu d'égophonie et de pectoriloquie aphone, mais ces signes sont beaucoup moins nets qu'ordinairement. Sous la clavicule, les vibrations en parties conservées, sont cependant diminuées. La matité est absolue, quand à la respiration, elle est remplacée par le souffle aux deux temps signalé plus haut.

Le sternum n'est pas nettement dévié à gauche (par le signe du cordeau). Le cœur est notablement dévié à gauche et en bas, la pointe bat dans le sixième espace, presque dans la ligne axillaire. Les bruits sont sourds, sans souffle. Pas de frottements péricardiques. Pouls régulier, 80.

L'état général est relativement assez bon, pas de dyspnée et pas de cyanose. La langue est rouge, violacée, en partie dépouillée de son épithélium et sèche. Appétit à peu près nul, pas de vomissements. Constipation habituelle.

Urines, un peu d'albumine.

6 mars. — Ponction exploratrice dans le septième espace en arrière. On obtient un peu de liquide purulent.

époque il exerçait la profession d'encaisseur, marchait et se fatiguait beaucoup.

A vingt-quatre ans, angine diphtéritique, guérison sans complications.

A vingt-cinq ans, pendant l'hiver, bronchite à droite, toux fréquente; révulsifs, durée un mois. Depuis cette époque (1889), le malade se plaint du côté droit du thorax.

En 1890 (vingt-six ans), M. Henri X..., a une influenza grave, avec broncho-pneumonie, surtout à droite; révulsifs, durée : un mois et demi. Convalescence longue, pas de forces, pas d'énergie, pas d'appétit. Essoufflement au moindre effort, mais pas d'accès de suffocation.

A vingt-sept ans (1891), quelques accès de suffocation, qui surviennent très brusquement, sans cause apparente. A cette époque, quelques crises nerveuses (sans suffocation), avec contractions cloniques (hystérie), elles ont progressivement disparues; elles étaient moins fréquentes que les accès de suffocation. Pendant ces accès de suffocation, le malade avait une toux sèche, quinteuse, sans expectoration. Un amaigrissement rapide s'étant produit, on craignait le début d'une tuberculose pulmonaire.

Pendant un an et demi, bonne santé; l'appétit et les forces reviennent, M. Henri X... engraisse et peut recommencer à travailler. Cependant, une marche accélérée, l'ascension d'un escalier, déterminent de la suffocation avec malaises du côté droit du thorax, « comme s'il était plein, embarrassé ». Fréquemment points de côté dans la région mammaire droite.

Ces divers troubles (suffocation, sensation de gêne, points de côté), augmentent progressivement jusqu'en

violents, très brusques, se produisent sans cause apparente ; ils sont de courte durée : trois à quatre minutes.

Au début de l'accès, cyanose de la face, à la fin, sueurs froides et pâleur. Le malade se sentait comme serré à la gorge et ne pouvait prononcer une parole ; il lui semblait qu'il allait mourir par manque d'air. Ces accès graves (quatre ou cinq) survenaient au moment des repas. Dans l'intervalle des accès, gêne continuelle de la respiration, surtout marquée dans l'ascension d'un escalier. Une nouvelle tumeur apparaît au-dessus de la première, immédiatement au-dessous du mamelon droit. M. le docteur Ducamp, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier, voit alors le malade ; il diagnostique un abcès froid, consécutif à une carie costale, conseille une opération, et en attendant, ordonne des frictions mercurielles sur la tumeur des bains sulfureux et une cure de vingt jours à Euzet-les-Bains. M. le docteur Reynaud, chirurgien des hôpitaux de Nîmes, examine aussi le malade, conclut à un abcès froid d'origine costale et conseille une opération. Le 15 juillet 1893, M. Delon (de Nîmes), ancien interne des hôpitaux de Paris, m'adresse le malade.

Etat actuel. — Facies pâle, amaigri, anxieux ; M. Henri X... est très nerveux ; essoufflement très marqué au moindre effort.

A l'examen du thorax : deux tumeurs rénitentes, siégeant sur la partie antéro-latérale de la région thoracique droite.

Celle qui est apparue la première, située plus bas que l'autre, est assez étendue, elle est située au niveau des 6^e et 7^e espaces intercostaux. La pression localise un point dou-

loureux sur la sixième côte. La tumeur supérieure, la plus petite, siège immédiatement au-dessous du mamelon ; points douloureux costaux.

A la palpation, les vibrations thoraciques sont conservées, sauf au niveau des deux tumeurs.

A la percussion, submatité dans toute l'étendue de la région thoracique droite ; matité absolue au niveau des deux tumeurs.

La respiration s'entend dans tout le poumon droit, mais diminuée, lointaine, un peu de rudesse au sommet, ni égophonie, ni pectoriloquie.

Rien d'anormal à la palpation et à la percussion du côté gauche de la poitrine, mais la respiration y est nettement supplémentaire. Les battements du cœur sont réguliers, pas de bruit de souffle.

Le foie ne paraît pas augmenté de volume et n'est pas sensible à la palpation. Anorexie complète. Rien d'anormal aux testicules, aux vésicules séminales, aux genoux. Ni albuminurie, ni glycosurie.

Etant donnés les antécédents pathologiques du malade, les bronchites répétées, les signes de pleurésie sèche ou avec épanchement plusieurs fois constatés à droite, les troubles de la respiration et les accès de suffocation, l'état cachectique du malade, l'existence de deux tumeurs rénitentes sur la région costale, les points douloureux déterminés par la pression sur trois côtes, je conclus à une tuberculose pleuro-pulmonaire droite ancienne et à deux abcès froids d'origine costale. Je propose une intervention qui est acceptée et fixée au 22 juillet à Nîmes.

Opération (22 juillet). — Précautions aseptiques et

antiseptiques ordinaires. Injection de morphine. Chloroformisation par M. le Dr Delon.

Incision verticale de 10 centimètres sur la tumeur supérieure. — Je suis obligé d'inciser profondément jusqu'aux espaces intercostaux avant de trouver la collection : flot de liquide séreux, trouble. Agrandissant alors l'incision, j'explore la poche : les deux côtes voisines (la 4^e et la 5^e) sont érodées, amincies, mais non cariées ; la cavité s'enfonce profondément dans le thorax ; j'en retire une membrane hydatique flottante.

Je prolonge alors l'incision sur la tumeur inférieure. Encore ici je suis obligé d'arriver jusqu'aux espaces intercostaux pour évacuer la poche : un flot de liquide eau de roche s'échappe et inonde la plaie, une membrane hydatique se détache facilement.

L'exploration combinée des deux cavités avec les doigts montre que les poches sont accolées. Je résèque cinq à six centimètres des 5^e et 6^e côtes qui limitent en dehors les deux kystes au niveau de leur accollement et je réunis les deux cavités en une seule par excision de leurs parois contiguës. Explorant alors le kyste antéro-inférieur, je constate que deux points de sa paroi sont bombés, résistants ; je la perfore avec une pince de Lister, puis avec le doigt, et j'ouvre ainsi deux nouveaux kystes, l'un inférieur, caché sous la septième côte, l'autre antérieur. La résection de la septième côte sur une étendue de 6 centimètres me permet d'ouvrir largement le kyste inférieur (le troisième), d'évacuer un liquide eau-de-roche et d'extraire une membrane hydatique.

Le kyste antérieur (le quatrième) renferme aussi un liquide eau-de-roche et une membrane hydatique ; l'explo-

ration de sa cavité avec le doigt montre que ce kyste se prolonge en avant jusque sous le bord droit du sternum. Dans cet examen, je sens nettement les battements du cœur à travers le péricarde et la plèvre ; le bord antérieur du poumon droit paraît limiter ce kyste en arrière ; sa paroi à ce niveau présente des mouvements d'expansion et de retrait en rapport avec la respiration. Faisant alors l'examen des parois des kystes mis à découvert, je ne trouve rien d'anormal à celle des premier, troisième et quatrième kystes ; mais à l'exploration du deuxième kyste, à sa paroi postérieure, je sens une tuméfaction ovalaire, rénitente, faisant saillie.

Je perfore en ce point avec la pince de Lister, puis avec le doigt ; je pénètre dans une nouvelle cavité. Après l'agrandissement de l'ouverture avec le doigt, cet orifice donne passage à un flot de vésicules hydatiques filles (environ deux litres). L'ouverture de cette poche me paraissant insuffisante à une bonne évacuation et à un bon drainage, je résèque deux centimètres de l'extrémité postérieure de la sixième côte, cinq centimètres de la quatrième et j'agrandis l'orifice aux dépens des parois des kystes supérieur, moyen et inférieur (premier, deuxième et troisième kystes mis à découvert). La cavité pleurale est alors largement béante ; je puis en introduisant la main, évacuer les vésicules hydatiques accumulées soit dans les sinus costo-diaphragmatique, soit dans la gouttière costo-vertébrale. La cavité pleurale était remplie de vésicules filles simples ou réunies en groupes : une très petite quantité de liquide visqueux était mélangé aux vésicules ; la cavité contenait en outre quelques lambeaux de membranes hydatiques.

A ce moment le malade se cyanose, une syncope survient et nous sommes obligés, M. Delon et moi, de pratiquer la respiration artificielle : cet accident est de courte durée. Il me paraît avoir été provoqué par les frottements, les tractions que j'exerçais au niveau de la gouttière costo-vertébrale, probablement par irritation du grand sympathique ou du pneumogastrique. L'exploration minutieuse du poumon ne me fait découvrir rien d'anormal, pas de kyste sensible, son tissu me paraît très perméable. L'examen des parois des autres kystes est négatif ; en bas, vers le diaphragme et le foie, je ne perçois pas de point rénitent.

Je fais alors un grand lavage au sublimé à 1 demi pour 1.000, chaud, puis avec de l'eau bouillie jusqu'à ce que le liquide n'entraîne plus de membranes ou de vésicules.

Ne pouvant espérer avoir retiré toutes les membranes fertiles de la grande poche pleurale, et craignant, par une occlusion, de laisser séjourner des liquides ou des lambeaux de membranes dans des clapiers difficiles à nettoyer, je laisse la plaie largement ouverte et je me borne à réunir par des points de suture à la soie, les parois kystiques aux lèvres cutanées de l'incision.

Drainage de la cavité pleurale et des quatre kystes avec des bandelettes de gaze au salol. Pansement ouaté fortement compressif.

L'opération avait duré trois quarts d'heure, le malade se réveille sans accident, peu de vomissements, pas de shock.

En résumé, il s'agissait d'un kyste hydatique multiloculaire primitif de la plèvre droite, constitué par quatre kystes simples, contenant un liquide eau-de-roche (trois

kystes) et un liquide séreux trouble (une poche), et un grand kyste occupant la plus grande partie de la cavité pleurale, renfermant environ deux litres de vésicules filles, et paraissant formé par la réunion de plusieurs poches rompues. — J'avais été obligé, pour ouvrir largement ces divers poches, de réséquer quatre côtes : cinq centimètres de la quatrième, sept centimètres de la cinquième, huit centimètres de la sixième et six centimètres de la septième. Les côtes réséquées, et particulièrement les quatrième, cinquième et septième côtes étaient érodées, amincies par les kystes dans la ligne mamelonnaire où siégeaient les tumeurs liquides pour lesquelles j'étais intervenu croyant avoir affaire à des simples abcès froids.

Dans le cours de l'opération, malgré un examen minutieux plusieurs fois répété, je n'ai pu trouver une origine hépatique ou pulmonaire.

Les jours suivants, rien d'anormal ; M. le docteur Delon est obligé de remplacer les couches extérieures du pansement, imbibées de liquide séreux. Pas de fièvre.

26 Juillet. Pansement avec l'aide de M. le docteur Delamare, qui donnera ses soins au malade. Lavages des cavités à l'eau bouillante, naphtolée chaude ; élimination de quelques débris membraneux. Drainage et occlusion des kystes avec des bandelettes de gaze au salol. Etat général faible, langue saburrale. Cependant le malade peut se lever, fait quelques pas sans vertiges ; excitants, toniques.

30 Juillet. — Etat général meilleur, les forces ont augmenté et le malade reste plusieurs heures levé, marche sans oppression ni fatigue, ictère assez marqué. Le lavage des kystes à l'eau naphtolée ramène un peu de pus bleu et

quelques vésicules filles ; bourgeonnement actif des parois kystiques ; diminution de leurs cavités, même pansement.

4 Août. — Bon état général, suppuration diminuée, moins d'ictère.

8 Août. — Expulsion d'une membrane hydatique, venant du grand kyste pleural, plus d'ictère.

10 Août. — Etat général parfait. bon appétit, les forces augmentent, bourgeonnement actif. Les poches diminuent de volume, cicatrisation périphérique, expulsion d'une membrane hydatique par le lavage.

16 août. — Phlegmatia alba dolens du membre supérieur droit ; le lavage fait sortir une certaine quantité de pus épais de la grande poche pleurale, dont la cavité a cependant diminué. Bourgeonnement pâle de la plaie, drainage et pansement avec des bandelettes de gaze au salol, imbibées de naptol camphré.

21 Août. — Même état, expulsion d'une nouvelle poche hydatique.

27 Août. — Bon état général, diminution de l'œdème du membre supérieur droit ; cependant le malade accuse encore quelques douleurs dans l'aisselle droite et dans la région cervicale inférieure.

Bourgeonnement actif de la plaie, cicatrisation très avancée. Au lavage, peu de pus, accès de toux pendant les injections trop forcées. Le grand kyste pleural a beaucoup diminué, la paroi costale est affaissée. Je remplace le drainage par la gaze au salol par un drain moyen ; les cavités des quatre petits kystes sont comblées et cicatrisées, il ne reste plus que l'orifice de la grande poche. A l'auscultation du poumon droit, on entend la respiration très pure dans

presque toute l'étendue, sauf en bas où il y a une obscurité respiratoire et de la submatité.

2 septembre. — M. Henri X..., fait en voiture le trajet de Nîmes à Uzès (30 kilomètres) sous la surveillance de M. Delon. A son arrivée, j'examine le malade avec l'assistance de MM. Delon et Pollon ; le voyage n'a pas déterminé la moindre fatigue. La veille, lors du pansement, M. Delon avait constaté un abondant écoulement de pus ; ce jour, pas de pus, la plaie bourgeonne entièrement, la cicatrisation est complète en haut, en avant et en bas, il ne reste que l'orifice fistuleux conduisant dans la grande poche, qui a beaucoup diminué de capacité. Injection de chlorure de zinc à 1 pour 100. Même pansement. Le malade est confié aux soins de M. Pollon.

5 septembre. — Expulsion d'une membrane hydatique (quatrième).

9 septembre. — Elimination d'une membrane hydatique assez large (cinquième) par l'orifice du grand kyste pleural.

16 septembre. — La grande poche pleurale est réduite à un trajet fistuleux de 5 à 6 centimètres ; injection de chlorure de zinc à 1 pour 100.

1^{er} octobre. — Bon état général, occlusion de fistule pleurale. A la partie inférieure de la plaie, une fistullette due à un fil de soie, extraction, injection de naphthol camphré. Il y a quelques jours, après un refroidissement, M. Henri X... a contracté une bronchite. Depuis lors, un peu de toux, et douleurs vagues dans la poitrine. Cependant, à l'examen fait avec M. Pollon, nous percevons la respiration normale dans presque toute l'étendue du poumon droit ; à la base, légère submatité et respiration un peu obscure.

6 novembre. — A l'examen, je constate à la base du thorax à droite et en arrière une petite tumeur fluctuante ; la ponction donne issue à 200 grammes environ de liquide eau de roche. Il s'agit donc d'un nouveau kyste qui, au moment de l'opération, n'était pas sensible. Cependant, l'état général est très amélioré, les forces reviennent de jour en jour, l'appétit est bon. Notre malade peut voyager sans fatigue et reprendre ses occupations habituelles.

Observation 17

Rebière (J). — Thèse de Paris, 1895

M^{me} L. C..., demeurant a Rollebaise (Seine-et-Oise), âgée de 38 ans. Mariée, pas d'enfant ni de fausses couches. Toujours bien réglée. Mère morte à 43 ans d'affection organique, père mort à 68 ans de cystite calculeuse.

Elle n'a jamais habité de maison où il y a eu des chiens ou des moutons.

En 1888, elle a été prise subitement, une nuit, de douleurs violentes dans le côté droit ; ces douleurs, accompagnées d'oppression avec intensité terrible, ont duré trois heures, lors de cette première crise, survenue sans cause appréciable.

Pendant un mois, des crises analogues, mais durant seulement une heure ou deux, revinrent toutes les après-midi ; elles étaient à peu près arrêtées par des piqûres de morphine,

Au bout de ce temps, les crises s'atténuèrent, mais il persista quand même de l'oppression, et se manifestèrent de la peine à mouvoir le bras droit, en même temps, qu'au moment des efforts, une sensation de poids à l'épigastre.

En 1890, se reproduisit une série d'accès d'oppression et de douleurs qui dura 4 mois ; entre les accès, la gêne de la respiration persistait, quoique très atténuée.

Jusqu'à ce moment, la malade avait été traitée pour une pleurésie chronique et c'est alors que je la vis pour la première fois. Le diagnostic porté me parut du reste satisfaisant : la matité remontait, du côté droit, jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate, le murmure vésiculaire était à peine perceptible, le cœur légèrement déplacé ; pas d'égophonie. J'appliquai un vésicatoire sur le côté.

Le 15 août, je remarquai, au niveau du cinquième espace intercostal droit, un peu en avant de la ligne axillaire, une tumeur fluctuante à plus grand diamètre transversal, et du volume d'un œuf de poule. La malade me dit qu'elle avait reçu quelques jours avant en ce point, un coup de tête de vache.

Le 20 août, incision de cinq centimètres de long, écoulement de quelques gouttes de pus, drainage et lavages phéniqués. Le drain ne s'enfonce que de quelques centimètres et semble arrêté par des adhérences pleurales, car la paroi thoracique a été entièrement traversée par le bistouri.

Le 26 août, la malade était assise dans son fauteuil, lorsqu'elle sentit tout à coup, sans cause appréciable, son pansement inondé : il fut au bout de quelques minutes tra-

versé complètement. On vint me chercher, et je constatai en le défaisant, qu'il était sorti par la plaie, en même temps qu'une quantité de liquide clair comme de l'eau de roche, des débris de membrane et quelques petites vésicules absolument transparentes. Il en sort quelques autres pendant les jours suivants, variant du volume d'un œuf de tourterelle à celui d'un œuf de poule. Certaines absolument intactes, d'autres réduites à l'état de longues membranes.

Le 3 septembre, le Dr Baronnet de Nantes, vient voir ma malade, et confirme le diagnostic porté depuis quelques jours de kyste hydatique intra-thoracique, certainement pleural et non pulmonaire, à cause de l'absence de tout symptôme d'affection de l'organe respiratoire, (toux, crachats).

Malgré les précautions antiseptiques, le liquide qui continue à couler par l'orifice suppure légèrement, puis abondamment, et les quelques hydatides qui en sortent encore de temps en temps sont suppurées, jaune verdâtre.

La malade se cachectise et malgré tout refuse toute autre intervention que des pansements tout à fait superficiels. Nous insistons en vain, le Dr Baronnet et moi, dans une nouvelle consultation, sur la nécessité d'une pleurotomie faite très au dessous de l'incision actuelle.

Enfin, et très tard, le 26 novembre, nous obtenons de dilater l'orifice avec des tiges de laminaire, et de faire, deux fois par jour, des lavages pleuraux à l'eau boriquée ou à l'eau bouillie simplement.

Malgré son insuffisance, cette thérapeutique améliora la malade. La suppuration diminua peu à peu, quoique bien lentement ; l'orifice, réduit à une fistule étroite et peu pro-

fonde, finit par se cicatriser. La malade n'avait plus de pansement le 20 décembre.

Actuellement (octobre 1894), elle présente seulement de la submatité dans la région thoracique droite au dessous de la sixième côte, et sur la même étendue, un peu d'obscurité du murmure vésiculaire. L'état général est parfait, et l'aspect des plus vigoureux.

Observation 18 (Personnelle et inédite)

Enorme kyste hydatique primitif de la plèvre gauche.

Opération. Guérison.

Alexandre C..., âgé de 45 ans, cultivateur vigneron, vient nous consulter en mars 1895 pour des douleurs vagues qu'il ressentait dans le côté gauche de la poitrine et dont le siège changeait souvent.

Le sujet, d'une constitution robuste, n'a pas d'antécédents pathologiques héréditaires ; le père est mort à 59 ans, après une courte maladie ; la mère, âgée actuellement de 81 ans, est encore très bien portante. Une sœur aînée morte à 39 ans, un frère mort à l'âge de 15 ans, après quelques jours de maladie seulement.

Comme antécédents pathologiques personnels, nous ne trouvons rien à noter ; il dit n'avoir jamais fait de maladie, sauf un « chand et froid » qu'il aurait eu vers l'âge de vingt ans, et qui l'aurait fait souffrir pendant quelques jours seulement.

Son état général est bon, l'appétit est conservé, le malade ne présente pas de troubles respiratoires, il n'a pas de dyspnée ; à l'auscultation, on ne trouve pas de signes particuliers, sauf quelques légers frottements pleuraux à gauche dans la région thoracique postérieure, à cinq ou six centimètres au dessous de l'omoplate ; tout cela ressemblait aux froissements légers qui persistent longtemps après des anciennes pleurésies, et nous avons attribué ces signes à une ancienne pleurésie, qui serait restée méconnue, et qui remonterait peut-être à l'époque du « chaud et froid ». Ces impressions étaient d'ailleurs celles d'un de nos maîtres des hôpitaux qui a vu le malade à deux reprises à ce moment là.

A l'inspection de la poitrine on ne découvre rien de saillant ; le thorax gauche ne paraît pas augmenté de volume, toutefois des mensurations exactes n'ont pas été faites.

On applique des pointes de feu dans au malade, traitement qu'il a momentanément soulagé ; les douleurs qu'il ressentait se sont amendées, pour revenir au bout de deux ou trois mois, sans être toutefois plus violentes qu'avant.

En mars 1896, le malade vient nous voir et nous montre, dans la région thoracique postérieure gauche, une tumeur longue, en forme de boudin, d'une longueur de vingt à vingt-deux centimètres, et dirigée obliquement de dedans en dehors et de haut en bas ; sa consistance est assez molle et la fluctuation, facile à produire, dénote la présence de liquide ; en pressant sur la tumeur, on voit qu'elle roule sous les doigts, toutefois son volume ne varie pas par la pression elle n'est par conséquent pas réductible.

Le malade, décidé à se faire opérer, vient voir plusieurs de nos maîtres des hôpitaux, qui l'engagent à se faire débarrasser de sa tumeur, sans poser toutefois un diagnostic ferme.

Ne voulant pas se faire opérer à l'hôpital, nous le présentons à notre ami M. le docteur Conzette, ancien interne des hôpitaux, qui l'examine attentivement à deux reprises différentes. Une ponction faite le 5 avril donne issue à un liquide clair, citrin, complètement limpide, mais dont l'examen microscopique n'a pas été fait.

L'opération pratiquée chez le malade, dans des bonnes conditions antiseptiques, par M. le docteur Conzette, a lieu, en notre présence, le 17 avril. On fait une incision longue de vingt-deux à vingt-cinq centimètres et on arrive sur la tumeur, après incision des couches musculaires et écartement du tissu cellulaire ; la dissection est assez facile sur les côtés, et la tumeur apparaît avec tous les caractères que nous avons déjà décrits. Il n'en est pas de même pour la base et le bout supérieur de la tumeur : la base en effet adhère sur toute sa longueur à la paroi thoracique et la dissection en est extrêmement laborieuse ; on est même obligé de faire une autre incision perpendiculaire à la première pour bien dégager la tumeur. Un coup de bistouri, donné à ce moment, fait vider son contenu ; il s'en échappe environ 300 grammes de liquide jaunâtre, limpide, *sans la moindre membrane*. On finit par détacher la tumeur de la paroi thoracique, mais son bout supérieur est d'une dissection très laborieuse, étant donné qu'il s'engage assez profondément sous l'angle inférieur de l'omoplate et on arrive très difficilement à l'en dégager. Une fois la

tumeur enlevée et après avoir fait l'hémostase de la région, on voit apparaître à peu près au milieu de l'espace laissé libre, entre la sixième et la septième côte, une petite saillie ronde, du volume d'une noix, suivant les mouvements de la respiration, mais ne présentant aucune communication avec la tumeur enlevée ; après un examen attentif, nous croyons à une petite hernie pleurale, et M. le docteur Conzette se décide à fermer la plaie opératoire, après s'être préalablement assuré que ce que nous prenions pour une hernie de la plèvre, ne faisait pas saillie en dehors du niveau costal. Pansement antiseptique à l'iodoforme. La réunion eut lieu par première intention et les suites opératoires furent excellentes ; le malade se rétablit promptement et put reprendre ses occupations.

Au mois d'août, il alla passer quelques temps à Eu ; pendant qu'il se trouvait là-bas, il crut s'apercevoir, *à la suite d'un léger effort qu'il fit*, qu'une autre tumeur avait fait son apparition à l'endroit même où la première avait été enlevée, au milieu même de la croix formée par les deux incisions. Cette tumeur, du volume d'une noix au commencement, grossit assez rapidement et lorsque nous voyons le malade, en septembre, il est porteur d'une tumeur ayant le volume d'une orange ; elle a une consistance molle, lipomateuse et elle est complètement indolente, même à la pression. Nous rappelant alors ce que nous avions vu pendant l'opération, nous avons essayé à plusieurs reprises, avec M. le Dr Conzette de réduire la tumeur, sans obtenir aucun résultat. Deux ponctions pratiquées à quelques jours d'intervalle par M. le Dr Conzette et par M. le Dr Arou à l'hôpital Saint Antoine, n'ont donné issue qu'à une petite goutte

de liquide sanguinolent ; il n'a pas été possible, malgré les diverses positions données à la seringue, de retirer la moindre goutte de liquide limpide, à quelque chose enfin qui puisse rappeler le contenu de la tumeur enlevée au mois d'août.

A ce moment, l'état du malade est le suivant : état général bon, appétit normal. A l'inspection du thorax, on ne voit rien de remarquable ; la percussion ne révèle qu'un peu de matité de la région environnant la tumeur. A l'auscultation on ne découvre rien d'anormal, pas le moindre souffle au niveau de la tumeur ni autour d'elle. La respiration est normale. Le cœur n'est pas dévié, les bruits sont absolument normaux. Le foie présente ses dimensions et sa consistance habituelle, on ne découvre pas la moindre bosselure. Le malade n'a pas de dyspnée, pas de cyanose de la face, il ne tousse pas et ne crache pas. La tumeur elle-même est complètement indolente, même au toucher.

Le malade, toujours décidé à se débarrasser de son mal encore une fois, va voir, sur notre conseil, plusieurs de nos maîtres des hôpitaux, qui, après l'avoir examiné attentivement, concluent, en absence de tout signe stéthoscopique et physique, à une tumeur néophasique, probablement de nature bénigne, mais dont il était utile de s'en débarrasser.

C'est dans ces conditions que le malade entre, le 22 octobre, à la maison Dubois, dans le service de M. le Docteur Picqué. Nous ne saurions trop insister sur l'absence à ce moment de tout trouble de la santé générale : le malade n'éprouve pas la moindre gêne pour respirer, et même l'ascension d'un escalier ne lui est pas pénible ; en effet, la veille

de son entrée à la maison de santé, il a pu monter cinq étages, sans éprouver la moindre gêne.

L'opération a lieu le 26 octobre. Après le nettoyage antiseptique de la région à opérer, M. le Docteur Picqué fait une incision longue de 12 à 15 centimètres sur la cicatrice de l'ancienne incision et il arrive sur la tumeur ; mais, au moment de l'isoler, alors que la tumeur paraissait adhérer seulement à la paroi thoracique, on s'aperçoit qu'elle pénétrait profondément dans la cavité thoracique même, entre la sixième et la septième côte. Après plusieurs tentatives d'énucléation, et voyant que la tumeur plongeait profondément dans le thorax, M. le Docteur Picqué se décide à l'ouvrir pour vider son contenu et rendre ainsi plus facile son ablation. Mais, au premier coup de bistouri, un flot de membranes hydatiques s'échappe par l'ouverture pratiquée, qui est bientôt trop petite pour donner issue à toutes ces membranes qui étaient entassées dans la tumeur extra-thoracique.

On agrandit donc l'incision cutanée et on arrive sur les côtes ; on voit alors que les côtes avoisinant la tumeur sont dénudées, usées sur une étendue de plusieurs centimètres, au point de passage du kyste hydatique en dehors de la poitrine. On est donc obligé de réséquer cinq à six centimètres de la sixième côte et quatre à cinq centimètres de la septième ; l'ouverture se trouve ainsi agrandie et peut livrer passage à des membranes hydatiques qui s'échappent en très grande quantité, nageant dans un liquide séreux, relativement peu abondant. Les vésicules filles arrivent également en grande quantité, il en vient de tous les côtés ; elles sont parfaitement claires et ont un volume variant entre un

œuf de pigeon et une grosse poisette. Le poumon apparaît alors au fond de la cavité ainsi vidée, à vingt centimètres environ de la paroi thoracique postérieure; sa plèvre est encore recouverte d'une couche de vésicules hydatiques polyédriques par compression réciproque, ce qui lui donne l'aspect d'un véritable pavé, adhérent à la plèvre. On peut très bien voir, à travers la plaie béante, les mouvements d'inspiration et l'expiration du poumon, ainsi que les mouvements respiratoires du diaphragme.

On fait alors des grands lavages à l'eau bouillie stérilisée, qui finissent par entraîner au dehors les vésicules adhérentes à la plèvre, de même que celles, en grande quantité, qui comblaient le cul-de-sac costo-vertébral et recouvraient la surface du diaphragme. Lorsque le liquide revient absolument clair, on met dans la plaie deux gros tubes à drainage, réunis ensemble en canons de fusil et on laisse la plaie ouverte, pour permettre les lavages ultérieurs ainsi que la sortie des membranes hydatiques qui pourraient se trouver encore dans la cavité kystique. Pansement avec des compresses de gaze stérilisée. L'opération est terminée; elle avait duré 50 minutes. Pendant sa durée, M. le Docteur Picqué n'a jamais pu trouver la moindre communication avec le poumon ou avec un autre viscère; le diaphragme ne porte pas trace de perforation. Le malade a très bien supporté le chloroforme, il n'a pas eu le moindre accès de toux ou de dyspnée.

27 octobre. — Le malade a passé une nuit assez bonne, pas de shock, peu de vomissements; le pansement étant complètement mouillé, on est obligé de le refaire entièrement; il s'écoule environ 200 grammes de liquide séreux.

Lavage de la cavité pleurale avec la solution de chloral à 1 p. 100. Même pansement. Le soir, la température monte un peu : 38°2. Pendant la nuit le malade est assez agité, il ne peut dormir un seul instant ; cette insomnie tenace sera très pénible pour le malade pendant toute la durée de sa convalescence. On administre le chloral, le sulfonal, sans grand effet.

28 octobre. — Le pansement est encore mouillé, on est de nouveau obligé de le refaire.

Température du soir : 38°6.

Nuit assez agitée.

30 octobre. — A partir de ce jour, le pansement est fait tous les deux jours. On injecte toujours un litre et demi de la solution de chloral.

Température du soir : 38°2.

1^{er} novembre. — Nuit assez agitée, insomnie toujours très tenace. La température baisse et tend à se rapprocher de la normale.* La cavité commence à se rétrécir, la plaie bourgeonne. L'injection du liquide dans la cavité pleurale débarrasse celle-ci des derniers débris de membranes hydatiques ; le liquide sort clair.

5 novembre. — Température absolument normale ; la cavité se rétrécit de plus en plus et le poumon prend petit à petit sa position normale. Le pansement n'est plus fait que tous les trois jours, toujours de la même manière.

Le malade reprend des forces assez vite. Il ne présente pas de signes stéthoscopiques anormaux. Pas de toux. Pansements tous les trois jours, comme d'habitude.

Le 24 novembre, le liquide qui s'écoule étant devenu légèrement purulent, on remplace le lavage ordinaire à la

solution de chloral par une injection de chlorure de zinc à 1 p. 100. Le lendemain, on remarque tout autour de la plaie une rougeur érythémateuse intense, avec élévation de température et agitation extrême ; cela dure cinq jours avec des températures variant entre 38° et 40°2. Nous ne pouvons pas dire s'il faut attribuer ces symptômes à l'injection faite au chlorure de zinc. On revient à l'ancien pansement.

On retire les tubes le 15 décembre. La cavité pleurale se rétrécit de plus en plus ; il ne s'écoule plus à chaque pansement qu'une petite quantité de liquide séreux.

L'état général s'améliore de jour en jour, et le malade peut quitter la maison de santé, le 22 janvier 1897. La cavité kystique est complètement comblée, toutefois la plaie extérieure n'est pas tout-à-fait fermée ; M. le Docteur Cassariny, médecin courant continue à faire des pansements antiseptiques pendant une vingtaine de jours. La plaie est complètement fermée vers la fin de février. L'état général du malade est excellent, il éprouve bien de temps en temps quelques douleurs vagues dans la poitrine, mais il ne tousse pas. Il peut sortir et aller à ses occupations.

Au mois de septembre 1897, il s'aperçoit qu'une nouvelle tumeur pousse dans la région du mamelon droit ; cette tumeur, qui avait acquis rapidement le volume d'une petite orange, a été enlevée par M. le Docteur Cassariny, le 15 octobre 1897. C'était un petit lipome, sans autres caractères ; pas de ganglions axillaires. Réunion par première intention, suites normales.

Le 28 octobre, le malade a un fort accès de grippe avec céphalalgie très violente et signes d'excitation nerveuse ; en même temps la température s'élève, il tousse, et à l'examen,

on constate l'existence d'un épanchement au niveau même de la cicatrice opératoire à gauche ; il se forme un petit trajet fistuleux, par lequel s'écoule du liquide séreux. M. le Docteur Picqué intervient le 5 novembre, il agrandit cet orifice, ce qui permet l'écoulement de 200 grammes environ de liquide séreux, sans la moindre membrane. Les suites sont simples, la température tombe de suite, et le malade se remet après quelques pansements.

Depuis cette époque il n'a plus rien ressenti, il a passé un très bon hiver et son état a été excellent pendant toute l'année 1898. Nous l'avons vu pour la dernière fois le 29 mai 1899. La guérison se maintient toujours parfaite, il ne ressent aucun malaise et l'appétit est très bon. Le poumon est complètement revenu à sa place et l'auscultation ne révèle rien d'anormal ; on perçoit le murmure vésiculaire dans toute l'étendue du poumon et la respiration est partout très nette.

En résumé ; il s'agissait chez notre malade d'un énorme kyste hydatique primitif de la plèvre gauche, *kyste en bouton de chemise*, ayant sa plus grande partie dans le thorax gauche et présentant un diverticule extra-thoracique qui s'était fait passage en dehors de la poitrine, après avoir usé les côtes.

Ce cas nous a paru tout-à-fait remarquable par les dimensions vraiment extraordinaires du kyste ; il avait en effet comme limites, les limites naturelles de la plèvre, et par le peu de symptômes qui auraient pu expliquer des lésions aussi considérables ; enfin, par sa parfaite guérison, qui se maintient actuellement.

CONCLUSIONS

1° Les kystes hydatiques primitifs de la plèvre sont très rares, mais leur existence ne saurait pas être mise en doute ; des observations très précises montrent en effet que des kystes étaient formés dans la cavité pleurale, sans aucune connexion avec le poumon et sans coexistence d'hydatides dans d'autres organes.

2° Leur étiologie est encore assez obscure, et on ne sait pas au juste comment l'infection hydatique arrive à se localiser primitivement dans la plèvre.

3° Ils ont le plus souvent une évolution latente et peuvent arriver ainsi à des dimensions très considérables, sans donner lieu à des troubles fonctionnels bien importants, ou, du moins, qui ne sont pas en rapport avec le volume du kyste.

4° Leur diagnostic est à cause de cela très difficile ; il pourra être soupçonné lorsqu'on a affaire, comme dans notre cas, à un kyste hydatique présentant un diverticule extra-thoracique ; la ponction

exploratrice peut quelquefois trancher la question.

5° Leur traitement est entièrement du domaine de la chirurgie ; la résection costale est nécessaire pour permettre, au moment de l'opération, la complète évacuation du kyste, et ensuite, les grands lavages de la cavité pleurale.

6° Leur pronostic est assez favorable ; convenablement traités, les kystes hydatiques primitifs de la plèvre doivent guérir.

Vu :

Le Président de la Thèse,

PAUL BERGER.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Geoffroy et Dupuytren. — Kystes hydatiques des deux plèvres. Bulletin de l'Ecole de Médecine, 1806, p. 117.

Vigla. — Hydatides de la cavité thoracique. Arch. gén. de méd. 1855.

Vidal. — Kyste hydatique de la cavité pleurale. Bull. Soc. Anat., 1857, p. 58.

Genouville. — Volumineux kyste hydatique de la plèvre droite. Bull. Soc. Anat., 1857, p. 56.

Southey. — Case in which a large hydatid cyst was removed from the chest, with ultimate complete recovery. J. Bartholomews Hospital reports, 1867, p. 394.

Hearn. — Kystes hydatiques du poumon et de la plèvre. Thèse de Paris, 1875.

Moutard-Martin. — Un cas d'hydatides de la plèvre. Gazette hebdomadaire, 1876, p. 614.

Davaine. — Traité des entozoaires, 2^e édition, 1877.

Bird. — Hydatids of the lungs, Melbourne, 1877.

Neisser. — Die Echinokokkenkrankheit. Berlin, 1877.

Lehmann. — Des kystes hydatiques du poumon ouverts dans la plèvre. Thèse de Paris, 1882.

Chachereau. — Thèse de Paris, 1884.

Groom. — Hydatid kyst of right pleura, évacuation. Lancet 1884, I, p. 846.

Madelung. — Beiträge zur Lehre von der Echinokokkenkrankheit, Stuttgart 1885.

Heydenreich. — Traitement des kystes hydatiques de la plèvre et des organes qui l'avoisinent. Semaine médicale, 1891, p. 449.

Forgue et Reclus. — La chirurgie du poumon. Gaz. heb. Paris, 12 septembre 1891.

Carl Maydl. — Über Echinokokkus der pleura und die ihn vortauschenden Localisationen der Echinokokkenkrankheit, Wien 1891.

Kuhn. — Faut-il faire des lavages antiseptiques après l'opération de l'empyème ? Bulletin de thérapeutique, 30 novembre 1891.

Richerolle. — Chirurgie du poumon. Th. de Paris 1892.

Ollier de Vergèze. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques primitifs de la plèvre. Thèse de Lyon 1892.

Porte. — Kyste hydatique de la plèvre. Lyon Médical, 15 mai 1892.

Mirallié. — Kystes hydatiques du poumon. Gazette des Hôpitaux, janvier 1893.

Delagenière. — Kyste hydatique du poumon gauche rompu dans la plèvre, pneumotomie, extirpation du kyste. Bull. Soc. de Chirurgie, 1893, XIX, p. 389.

Reboul (J.) — Kyste hydatique multiloculaire primitif de la plèvre, ouverture large avec résection costale et drainage, guérison. Gaz. des Hôp., 16 décembre 1893.

Rebière (J.) — Des kystes hydatiques primitifs de la plèvre. Thèse de Paris, 1894.

Buisson. — Resection costale primitive dans la pleurotomie. Archives de médecine militaire, janvier 1895.

Behr. — Les kystes hydatiques du poumon. Thèse de Paris, 1895.

Troquart. — Kystes hydatiques du poumon ouverts dans la plèvre. Semaine médicale, 17 août 1895.

P. Reclus. — Relation sur la chirurgie du poumon au 9^e Congrès de chirurgie, Paris, octobre 1895.

Luff (A). — Large hydatid. tumour of the left pleural cavity simulating hydatid disease of the liver ; opération ; recovery. The Lancet, 25 avril 1896.

Terrier. — Thoracentèse et drainage pleural. Progrès médical 20 avril 1896.

— Chirurgie de la plèvre. Progrès médical, 24 octobre 1896.

Tuffier. — De la pneumotomie dans le traitement des kystes hydatiques du poumon, 10^e congrès français de chirurgie.

— Kyste hydatique du poumon, pneumotomie. Gaz. des hôpitaux, 5 novembre 1896.

Bolognesi. — La chirurgie pleuro-pulmonaire. Bulletin général de thérapeutique, 15 novembre 1896, et 15 mai 1897.

Brézard. — Etude de chirurgie pulmonaire, Thèse de Paris 1897.

